

Ärztliches Handeln zwischen Kunst und Wissenschaft.
Eine handlungstheoretische Analyse der ärztlichen Praxis im Kontext
allgemeiner Entwicklungen im Gesundheitssystem.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der

Philosophisch-
Sozialwissenschaftlichen
Fakultät der

Universität Augsburg

vorgelegt von
Tanja Merl aus
Leverkusen
2011

Erstgutachter: Prof. Dr. Fritz Böhle

Zweitgutachter: Prof. Dr. Werner Schneider

Tag der mündlichen Prüfung: 13.12.2011

Ärztliches Handeln zwischen Kunst und Wissenschaft.

Eine handlungstheoretische Analyse der ärztlichen Praxis im Kontext allgemeiner Entwicklungen im Gesundheitssystem.

Abstract	10
Einleitung	13
Auflösung des tradierten Konzepts ‚Ärztliche Kunst‘	13
„Unbehagen“ an der modernen Medizin.....	14
Ziel und Fragestellung der vorliegenden Arbeit	16
Gang der Darstellung.....	19
Teil A: Allgemeine Entwicklungen im Gesundheitssystem und deren Rückwirkungen auf das ärztliche Handeln	22
1 Verwissenschaftlichung der ärztlichen Praxis	24
1.1 „Techné“: Die antike Heilkunst, der Arzt als „Heilkünstler“.....	26
1.2 Einzug naturwissenschaftlichen Denkens in die Medizin im 19. Jahrhundert und Entwicklung des biomedizinischen Modells als Leitbild ärztlichen Handelns.....	33
1.3 Verwissenschaftlichung der ärztlichen Praxis im 19. Jahrhundert.....	37
1.3.1 Verdrängung der vorwissenschaftlichen Praxis der Anamnese.....	37
1.3.2 Einführung der systematischen körperlichen Untersuchung: „Die Kunst des Arztes am Krankenbett“	38
1.3.3 Technikgestützter Ausbau der Diagnostik.....	39
1.3.4 Erfolge wissenschaftsbasierter Medizin: Vom „therapeutischen Nihilismus“ zur kausalen Therapie.....	41
1.4 Die Beschränkungen des „medizinischen Blicks“	43
1.4.1 Überbewertung des Kausalitätsprinzips und kausalanalytischen Problemlösens	45
1.4.2 Reduktion des Erkenntnisinteresses auf Mess- und Berechenbares	45
1.4.3 Verlust der Einzelfallorientierung	47
1.4.4 Objektivierung des Patienten.....	48
1.4.5 Objektivität als Norm ärztlicher Erkenntnis - Ausgrenzung des Subjektiven	49
1.4.6 Verdrängung und Abwertung anderer Wissens- und Erkenntnisformen	50
1.5 Evidenzbasierte Medizin als Ausdruck radikaler Verwissenschaftlichung ärztlichen Handelns	52
2 Technisierung der ärztlichen Praxis	57

2.1	Technisierung ärztlichen Handelns als zweischneidiger Prozess.....	59
2.2	Auswirkungen der Technisierung auf die ärztliche Praxis.....	62
2.2.1	Technikbegriff.....	62
2.2.2	„Apparatemedizin“.....	63
2.2.3	Technisches Handeln erhält Übergewicht über kommunikatives Handeln	65
2.2.4	Technik als Medium der Distanzierung.....	67
2.2.5	Die Arzt-Patient-Beziehung in der hoch technisierten Medizin	69
2.2.6	Betrachtung und Gestaltung des technisch mediatisierten Erkenntnisprozesses	73
3	Ökonomisierung: Vom Gesundheitswesen zum Gesundheitsmarkt – vom Arzt zum Kaufmann- vom Patient zum Kunden?.....	80
3.1	Grundpfeiler des Systems der solidarischen Gesundheitsversorgung.....	81
3.2	„Kostenexplosion“ im Gesundheitssystem und Kostendämpfungspolitik.....	84
3.2.1	Kostenanstieg infolge des demographischen Wandels.....	84
3.2.2	Kostenanstieg als Folge von Technisierung?	85
3.2.3	Kostendämpfungspolitik.....	87
3.3	Vermarktlichung des Gesundheitswesens: Privatisierung und Wettbewerbsorientierung	88
3.3.1	Der private „Gesundheitsmarkt“	89
3.3.2	Wettbewerbsorientierung als Entsolidarisierungsprogramm.....	91
3.4	Ökonomische Steuerung des Leistungsgeschehens: Budgets und Pauschalen	93
3.4.1	Der ambulante Versorgungsmarkt – vom Arzt zum Kaufmann?	94
3.4.2	Das Krankenhaus- ein „normales“ Wirtschaftsunternehmen?	95
3.5	Zusammenfassung kritischer Stimmen zur Vermarktlichung des Gesundheitswesens	100
3.6	Ärztliches Handeln im Zeichen der Ökonomisierung.....	101
3.6.1	Verlust von Handlungsautonomie und Bedrohung des ärztlichen Ethos.....	102
3.6.2	Arbeitsverdichtung und Zeitdruck als Strukturmerkmal ärztlicher Arbeit	104
3.6.3	Das Arzt-Patient-Verhältnis als Dienstleistungsbeziehung	106
3.6.4	Gestaltung und Bewertung ärztlichen Handelns anhand formaler Kriterien	108
4	Standardisierung ärztlichen Handelns und Verdrängung ärztlicher Kunst	110
4.1	Standardisierung ärztlichen Handelns als Effekt der drei Makrotendenzen	110
4.2	Verdrängung ärztlicher Kunst	114
Teil B: Erweiterung des rationalen Arbeitsbegriffs – die „andere“ Seite ärztlichen Handelns		117

1	Verwissenschaftlichung und planmäßig-rationales Handeln.....	117
1.1	Der Mensch als Verstandeswesen	118
1.2	Der moderne Arbeitsbegriff	120
1.3	Anforderungen an einen neuen Arbeitsbegriff.....	122
2	Die „andere“ Seite ärztlichen Handelns	125
2.1	Ärztliches Wissen und Handeln in der medizinischen Ausbildungsliteratur	125
2.1.1	Handlungsfeld Anamnese.....	126
2.1.2	Handlungsfeld körperliche Untersuchung	129
2.1.3	Handlungsfeld Diagnostik	130
2.1.4	Fazit.....	131
2.2	Kognitionspsychologische Erforschung ärztlicher Expertise.....	136
2.2.1	Medizinische Expertise: Mehr als Anwendung formalen Wissens und „Reasoning“	136
2.2.2	Implizites Wissen als zentrales Element ärztlicher Expertise: Der ärztliche Experte als „good practitioner“.....	143
2.2.3	Das Scheitern des Diagnosecomputers	147
2.3	„Anderes Wissen“ – Konzepte und Befunde.....	156
2.3.1	Grundsteine und Klassiker der Medizinsoziologie.....	157
2.3.1.1	Parsons Bestimmung des Arztes aus strukturfunktionalistischer Perspektive	158
2.3.1.2	Freidson: Kritik an Parsons aus machttheoretischer Perspektive.....	161
2.3.2	Deutschsprachige Forschungstradition.....	164
2.3.2.1	Rohdes „Soziologie des Krankenhauses“	165
2.3.2.2	Die jüngere Forschung und deren Schwerpunkte	167
2.3.3	Analysen und Befunde zum ärztlichen Handeln	171
2.3.3.1	Randbedingungen der ärztlichen Praxis.....	172
2.3.3.2	(Beziehungsgestaltung im) Arzt-Patient-Verhältnis	175
2.3.3.3	Die Anamnese und das Arzt-Patient-Gespräch.....	179
2.3.3.4	Die körperliche Untersuchung	183
2.3.3.5	Die Diagnose	186
2.3.3.6	Techniknutzung	195
2.3.3.7	Therapie	199
2.3.3.8	Der „gute Arzt“ und die „ärztliche Kunst“	199
3	Erweiterung des Konzepts planmäßig-rationalen Arbeitshandelns - Integration unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen.....	202
3.1	Kognitionspsychologische Expertiseforschung- prominenteste Ansätze und Meilensteine empirischer Forschung.....	202
3.1.1	Erste Phase: Der Humanexperte als „Black Box“	204

3.1.2	Zweite Phase: Erforschung kognitiver Prozesse beim Problemlösen.....	206
3.1.3	Dritte Phase: Fokussierung von tacit knowledge und „Real World Research“	212
3.1.4	Fazit und Kritik kognitionspsychologische Expertiseforschung	215
3.2	Anderer Wissensbegriff: Können, implizites Wissen, Körperwissen, Intuition	219
3.2.1	Polanyi: „Wir wissen mehr, als wir zu sagen wissen“	220
3.2.1.1	Erwerb impliziten Wissens	223
3.2.1.2	Polanyi: „Kunstfertigkeitsscharakter von Expertise“ – „Connoisseurship“	223
3.2.2	Dreyfus & Dreyfus: Stufenmodell des Expertiseerwerbs.....	224
3.2.3	Leibkonzepte: Merleau-Ponty, Schmitz, Fuchs.....	229
3.2.4	Das Phänomen der Intuition	232
3.2.5	Handlungstheorien.....	236
3.2.5.1	“Reflection-in-Action”	237
3.2.5.2	Die „Intelligenz praktischen Handelns“	239
3.2.5.3	Wiederbelebung des Kunstdiskurses	240
3.2.6	Synthese der Ansätze.....	246
4	Das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns	250
4.1	Darstellung des Konzepts: „Objektivierendes“ und „Subjektivierendes“ Handeln	252
4.1.1	„Objektivierendes“ Handeln.....	252
4.1.2	„Subjektivierendes“ Handeln	253
	Vorgehensweise	254
	Sinnliche Wahrnehmung.....	255
	Wissen und Denken	255
	Beziehungsebene	256
4.1.3	Graphische Übersicht: Objektivierendes und subjektivierendes Arbeitshandeln	257
4.2	Empirische Befunde und Entwicklung des Konzepts	257
4.2.1	Frühe Forschung- Die Arbeit mit der Maschine.....	258
4.2.2	Verdrängung und Wiederentdeckung subjektivierenden Handelns.....	259
4.3	Ausweitung des Forschungsfelds	262
4.3.1	Personenbezogene Dienstleistungen.....	262
4.3.2	Das „Integrierte Konzept zur Interaktionsarbeit“	266
4.4	Subjektivierendes Handeln und Erfahrungswissen	267
4.4.1	Erweiterung des Verständnisses von Erfahrungswissen.....	267
4.4.2	Herausforderungen an die berufliche Bildung – „Erfahrungsgelitetes Lernen“	269
	Das Konzept erfahrungsgeliteten Lernens	273
	Teil C: Empirische Untersuchung der ärztlichen Praxis	275
1	“Ärztliche Praxis” (Schachtner 1999): Reinterpretation der Studie als Grundstein der empirischen Untersuchung.....	277

1.1	Handlungsanalyse	278
1.1.1	Handlungsfeld Diagnose	278
1.1.1.1	Idealtyp objektivierenden Handelns bei der Diagnosefindung	279
1.1.1.2	Idealtyp subjektivierenden Handelns bei der Diagnosefindung	283
1.1.2	Handlungsfeld Therapie	288
1.1.3	Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses	292
1.1.3.1	Das Arzt-Patient-Verhältnis im Rahmen objektivierenden Arbeitshandelns	293
1.1.3.2	Das Arzt-Patient-Verhältnis als Medium subjektivierenden Handelns	294
1.1.4	Resümé der Studie	295
1.2	Reflexionen zur Studie „Ärztliche Praxis“ und Anknüpfungspunkte für die eigene empirische Untersuchung	298
	Fokus und Ziele der vertiefenden empirischen Untersuchung	299
2	Das empirische Vorgehen und die Darstellung der Ergebnisse	303
2.1	Konzeption und Rahmenbedingungen der empirischen Studie	303
2.2	Das methodische Instrument	305
2.3	Samplebeschreibung	306
2.4	Die Datenerhebung	308
2.5	Vorgehen bei der Auswertung des Datenmaterials	310
	Erste Auswertungsschritte	310
	Zeile für Zeile-Analyse	310
	Codierung des Materials mithilfe der Software MaxQdA	311
	Identifikation von zentralen Themen	315
2.6	Exploration der ärztlichen Kunst	315
2.7	Ergebnisdarstellung	317
3	Ärztliche Praxis als objektivierendes und subjektivierendes Handeln.....	318
3.1	Die Erstbegegnung zwischen Arzt und Patient	319
3.1.1	Vorgehensweise in der Erstbegegnung mit dem Patient	321
3.1.1.1	Planmäßig-objektivierendes Vorgehen in der Erstbegegnung: Das „Schema“	321
3.1.1.2	Subjektivierendes Vorgehen in der Erstbegegnung: „Jedes Mal ein neues Experiment“	324
3.1.2	Relevanz und Qualität der sinnlichen Wahrnehmung in der Erstbegegnung	328
3.1.2.1	Sinnliche Wahrnehmung im Rahmen objektivierenden Handelns: Exaktes Registrieren....	328
3.1.2.2	Sinnliche Wahrnehmung im Rahmen subjektivierenden Handelns: „Den Patienten in seiner Ganzheit erfassen“	329
3.1.3	Wissen und Denken in der Erstbegegnung	333

3.1.3.1	Wissen und Denken in der Erstbegegnung im Modus objektivierenden Handelns: Kausallogisches Denken, „Fakten“ und „solides theoretisches Wissen“	333
3.1.3.2	Wissen und Denken im Rahmen subjektivierenden Handelns: Der „Eindruck“ als „Gefühl, das man entwickelt“ und das „Einordnen“ von „Schmerzbildern“	334
3.1.4	Beziehungsgestaltung in der Erstbegegnung	338
3.1.4.1	Beziehungsgestaltung in der Erstbegegnung im Rahmen objektivierenden Handelns: Professionelle Distanz.....	338
3.1.4.2	Beziehungsgestaltung in der Erstbegegnung im Rahmen subjektivierenden Handelns: „Die klinische Annäherung an den Patient“ durch „Empathie“	340
3.2	Die „Blickdiagnose“ als Domäne subjektivierenden Handelns	343
3.3	Die körperliche Untersuchung.....	346
3.3.1	Die körperliche Untersuchung im Modus objektivierenden Handelns.....	347
	„Von oben bis unten abklopfen“	347
	Objektivierung der sinnlichen Wahrnehmung durch theoretische Konzepte.....	348
	Wissen und Denken: Theoretisch geleitetes Vorgehen.....	349
	Beziehungsebene: Reduktion des Patienten auf physische „Defekte“	350
3.3.2	Die körperliche Untersuchung im Modus subjektivierenden Handelns	350
	„Entdeckendes“ Vorgehen	350
	Sinnliche Wahrnehmung als tragendes Element der körperlichen Untersuchung	351
	„Körperwissen“.....	352
	Kooperation von Arzt und Patient im Rahmen der körperlichen Untersuchung.....	353
3.4	Techniknutzung	354
3.4.1	Objektivierendes Handeln im Rahmen der Techniknutzung	354
3.4.2	Subjektivierendes Handeln im Rahmen der Techniknutzung.....	358
3.5	Der abschließende Diagnoseprozess	365
3.5.1	Vorgehen im fortgeschrittenen Diagnoseprozess	366
3.5.1.1	Planmäßig-objektivierendes Vorgehen im Sinne eines „Konzepts“	367
3.5.1.2	Das stufendiagnostischen Vorgehen des Experten	369
3.5.2	Sinnliche Wahrnehmung als Schlüssel zur erfolgreichen Diagnostik	371
3.5.3	Wissen und Denken: Integration verschiedenartiger Informationen in den Diagnoseprozess.....	371
3.5.3.1	Das „diagnostic reasoning“ der jungen Ärzte	372
3.5.3.2	Wissen und Denken im Kontext subjektivierenden Handelns als Zusammenspiel impliziten und expliziten Wissens: Die „Einschätzung“ des Experten	376
3.5.4	Beziehungsgestaltung im Rahmen des abschließenden Diagnoseprozesses.....	382
3.5.4.1	Objektivierende Form der Beziehungsgestaltung im Rahmen des abschließenden Diagnoseprozesses	382
3.5.4.2	Subjektivierende Form der Beziehungsgestaltung im Rahmen des abschließenden Diagnoseprozesses: Die Bedeutung von Kooperation und Patientenwissen.....	383
3.6	Therapiegestaltung	384
3.6.1	Therapiegestaltung im Rahmen objektivierenden Handelns: Orientierung an Standards.....	384
3.6.2	Die Therapie im Rahmen subjektivierenden Handeln als Teil einer „Lebensbegleitung“	386

3.7	Zentrale Ergebnisse der handlungstheoretischen Untersuchung.....	390
3.7.1	'Ärztliche Kunst' als subjektivierendes Arbeitshandeln: Zusammenfassung wichtigster Ergebnisse	390
	Vorgehensweise	391
	Sinnliche Wahrnehmung.....	393
	Wissen und Denken	395
	Beziehungsgestaltung	397
3.7.2	Die 'Ärztliche Kunst' und der 'Gute Arzt' in der Reflexion des Samples	399
Teil D: Ärztliche Kunst und aktuelle Problemfelder		402
1 Problemfelder: Diskrepanzen zwischen ärztlicher Praxis und Entwicklungen im Gesundheitssystem		404
1.1	Probleme infolge der Verwissenschaftlichung ärztlichen Handelns	404
1.2	Probleme infolge der Technisierung ärztlichen Handelns.....	407
1.3	Probleme infolge der Ökonomisierung ärztlichen Handelns.....	409
2 Perspektiven der 'Ärztlichen Kunst'		416
Literaturverzeichnis		419

Abstract

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist eine handlungstheoretische und arbeitssoziologische Analyse der ‚ärztlichen Kunst‘ sowie ihres Stellenwerts und ihrer Relevanz in der ökonomisierten ‚High-Tech-Medizin‘. Eine inhaltliche und empirische Präzisierung und Fundierung des Konzepts jenseits der geflügelten Worte ‚Ärztlicher Blick‘ und ‚Ärztliche Intuition‘ – erst recht unter den gewandelten Bedingungen einer verwissenschaftlichten, technisierten und ökonomisierten Medizin - fehlt bislang. In diesem Sinne wird mit der vorliegenden Arbeit der Versuch unternommen, grundlegende Elemente der ‚ärztlichen Kunst‘ aufzudecken und ihre Bedeutung im Rahmen gegenwärtigen ärztlichen Handelns aufzuzeigen. Die Untersuchung nähert sich von verschiedenen Seiten dem Phänomen ‚ärztliche Kunst‘. Sowohl historische Betrachtungen des Arztes und aktuelle empirische Untersuchungen zum ärztlichen Wissen und Handeln wie auch grundlegende handlungstheoretische Konzeptionen jenseits eines rationalen Handlungsbegriffs werden im Rahmen der Konturierung der ärztlichen Praxis berücksichtigt.

Einzubetten ist die Näherbestimmung des Wesens und der Beschaffenheit ärztlichen Handelns im Sinne einer ‚ärztlichen Kunst‘ zudem in den Wandel der Rahmenbedingungen des ärztlichen Handlungsfelds. Der gesellschaftliche Bereich der gesundheitlichen Versorgung und speziell das System der Medizin stellt sich in den vergangenen drei Jahrzehnten als in besonders durchdringender Form von Prozessen der Verwissenschaftlichung, Technisierung und Ökonomisierung und (als deren Konsequenz) auch Standardisierung berührt dar. Etabliert hat sich infolgedessen ein neues Leitbild des Arztes im Sinne einer wissenschaftlich-technischen und auch ökonomischen Rationalität, das zur Orientierungsgröße für die gesundheitspolitische Arbeitsgestaltung wie auch für die gesellschaftliche Erwartung an den Arzt wurde. Der Legitimationsverlust des Kunst-Konzepts kann zunächst anhand der Darstellung des Wandels der makrostrukturellen Rahmenbedingungen nachvollzogen und weiterhin als durch deren Zusammenwirken im Sinne einer Formalisierung und Objektivierung ärztlichen Handelns verursacht aufgezeigt werden. So rekurrieren sowohl die Effekte der Verwissenschaftlichung im Sinne des verwissenschaftlichten ‚medizinischen Blicks‘ wie auch der Technisierung ärztlichen Handelns durch die dem technisch mediatisierten Erkenntnisprozess immanente Quantifizierungstendenz auf objektivierende Handlungsweisen. Komplementär zu diesen wartet die ökonomisierte Medizin mit einer deutlichen Zunahme formaler Dokumentations- und Begründungszwänge auf, wie sie im Rahmen der budgetierten und pauschalierten, vom Einzelfall entkoppelten Versorgung notwendig werden. Auf diese Weise ergänzen sich die drei

Makrodynamiken, indem das wissenschaftlich-technische Modell durch die Zuschreibung von wissenschaftlicher Rationalität und Zuverlässigkeit eine berechenbare Grundlage für die ökonomische Kalkulation von Gesundheitsleistungen bildet, hierdurch deren wirtschaftliche Verwertung anhand von messbaren Leistungsmaßstäben erleichtert. In diesem Umfeld erscheint die ‚ärztliche Kunst‘ in ihrer Unschärfe und Subjektgebundenheit als kaum anschlussfähig und wird, zuspitzend formuliert, zum „Störfaktor“ einer auf Effizienz getrimmten pauschalierten Dienstleistungsmedizin. Bestimmte Aspekte des ärztlichen Handelns, die gemeinhin als ‚ärztliche Kunst‘ gelten, fügen sich jedoch weder in das Schema der wissenschaftlichen (Selbst-) beschreibung noch in das Konzept einer effizienzoptimierten, standardisierten Medizin. Vielmehr werden durch diese Leitvorstellungen, so eine These der vorliegenden Arbeit, durch die einseitige Begünstigung objektivierenden Handelns Diskrepanzen zu den Logiken ärztlichen Handelns erzeugt. So ist es als problematisch zu betrachten, dass sich der Arzt im zunehmend komplexer werdenden Gefüge des Gesundheitssystems einer wachsenden Anzahl von sachfremden Erwartungen gegenübergestellt sieht, die seine Handlungsgrundlagen im Kern berühren.

Hieran anschließend ist der Frage nachzugehen, in welcher Weise sich mit dieser Entwicklungstendenz der Objektivierung und Formalisierung ärztlichen Handelns eine Bedrohung wesentlicher Kernelemente ärztlichen Handelns bzw. der ‚ärztlichen Kunst‘ verbindet. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, darzulegen und empirisch zu begründen, dass sich ärztliches Handeln nur unvollständig als objektivierendes Handeln im Sinne eines wissenschaftlich und ökonomisch rationalen Handelns fassen lässt. Zur Analyse der Grenzen objektivierenden Handelns bei der ärztlichen Tätigkeit soll die Kategorie ‚ärztliche Kunst‘ erschlossen, zudem durch die Anbindung an das Konzept des subjektivierenden Handelns handlungstheoretisch informiert werden, erscheint dieses in hohem Maße geeignet, mit den Kategorien des objektivierenden und subjektivierenden Handelns die wissenschaftlich-rationalen Aspekte als auch die Eigenschaften einer ärztlichen Kunstlehre zu reflektieren. Auf Grundlage der empirischen Analyse können zahlreiche Belege für die ärztliche Praxis als nicht-objektivierbares Handeln angeführt werden. Weiterhin können durch eine in direkter Form die „Arbeit am Gegenstand“ bzw., die „Arbeit am Menschen“ fokussierende Analyseebene, die mit dem theoretisch-empirischen Instrumentarium des Konzepts des subjektivierenden Handelns realisiert wird, ärztliche Handlungsweisen speziell auf sinnlich-körperlicher Ebene greifbar gemacht werden, die sich als Schlüssel zum Verständnis des Konzepts ‚ärztliche Kunst‘ erweisen. Facetten der ärztlichen Kunst, wie der ‚ärztliche Blick‘, die ‚ärztliche Intuition‘ und der ‚ärztliche Eindruck‘ werden somit handlungstheoretisch erklärbar und als besondere Form von Professionalität beschreibbar, die in der Praxis unverzichtbar ist. Dieser grundlegende Befund kann in Abhängigkeit der spezifischen Handlungsanforderungen (Gespräch mit dem Patienten, kör-

perliche Untersuchung, Einsatz von Medizintechnik, Diagnosefindung und Therapie) empirisch ausdifferenziert werden. Insbesondere Situationen, die als unwägbar, von einer Vielzahl individueller Variablen abhängige Praxis zu beschreiben sind, profitieren in hohem Masse von subjektivierenden Handlungsweisen. Dies gilt nicht nur für die kommunikativen Aspekte ärztlichen Handelns, sondern auch für scheinbar instrumentelle Verrichtungen im Umgang mit Medizintechnik oder mit „objektiven Daten“. Die Kontrastierung von Ärzten unterschiedlicher Altersstufen lässt zudem Differenzen im Handlungsstil erkennen, die die Befähigung zu subjektivierendem Handeln als Merkmal erfahrener Ärzte ausweist, während „Anfänger“ generell enger am Raster standardisierter Handlungsabläufe und formaler Kriterien, somit objektivierend, agieren. Der Erwerb von Fähigkeiten, die gemeinhin als ‚ärztliche Kunst‘ umschrieben werden, kann so als erfahrungsbasierter Lernprozess aufgezeigt werden. Mit der Integration subjektivierender Elemente ärztlichen Handelns und Wissens kann ein Beitrag zu einer angemessenen Beschreibung ärztlichen Handelns durch einen erweiterten Arbeitsbegriff geleistet werden.

Abschließend werden die eingangs dargestellten Makrotendenzen als Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns bzw. die These einer hierdurch induzierten Verdrängung der ärztlichen Kunst mit den empirischen Befunden der vorliegenden Untersuchung konfrontiert, in diesem Zusammenhang „aktuelle Problemfelder“ benannt. Die handlungstheoretische Fundierung der ärztlichen Praxis als vielfach subjektivierendes Handeln bestätigt die (Ausgangs-) These, dass die originär ärztliche Handlungslogik nur begrenzt mit den (objektivierenden) Dynamiken der Verwissenschaftlichung, Technisierung und Ökonomisierung, bzw. allgemeiner, der Formalisierung ärztlichen Handelns kompatibel ist. Ausgehend von der Analyse der ärztlichen Tätigkeit ist somit eine Kritik der makrostrukturellen Entwicklungstendenzen ableitbar, die die im Rahmen der Darstellung der Kontextbedingungen ärztlichen Handelns aufgegriffenen Betrachtungen durch ihren direkten Bezug zur ärztlichen Tätigkeit erweitert. Die empirische Untersuchung verweist nachhaltig darauf, dass das professionelle Fähigkeitsensemble der ‚ärztlichen Kunst‘ nicht als vormoderner, traditioneller Restbestand zu betrachten ist, der durch immer intelligentere Formen des Wissenstransfers und der betriebswirtschaftlichen Steuerung ersetzt und optimiert werden kann. Handlungsweisen, die als subjektivierendes Handeln einer ärztlichen Kunst zuzurechnen sind, können nicht nur als durch das systemische Leitbild „bedroht“ aufgezeigt werden, sondern sind darüber hinaus als zentrale Elemente professionellen ärztlichen Handelns in Bezug auf zukünftige Herausforderungen einer ökonomischen und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung als bewahrens- und förderungswert zu betrachten.

Einleitung

Auflösung des tradierten Konzepts ‚Ärztliche Kunst‘

Als vermeintlich selbstverständlicher Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit ist die ‚ärztliche Kunst‘ ein scheinbar wohl vertrautes Phänomen, das - wie auch die mit ihm assoziierten Wissens- und Handlungsformen, z. B. die ‚ärztliche Intuition‘ oder der ‚ärztliche Blick‘ – im Alltagsverständnis auf allgemeine Akzeptanz stößt. Erst auf den zweiten Blick eröffnen sich einige Unklarheiten und Ambivalenzen. Werden zwar gemeinhin mit dieser Zuschreibung besondere Kompetenzen des ‚guten Arztes‘ gewürdigt, schwingt jedoch zumeist in der Rede von der ‚ärztlichen Kunst‘ eine eher diffuse Vorstellung des hiermit verbundenen Fähigkeitsensembles mit. Tatsächlich gibt es weder eine Definition noch eine systematische Beschreibung oder gar Analyse dieses für das ärztliche Handeln so zentralen Konzepts - erst recht nicht unter den gewandelten Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit in der modernen, hoch technisierten Medizin. Weiterhin fällt auf, dass in der Literatur explizite Bezüge zur ärztlichen Kunst, sei es in den Biographien „großer Ärzte“ oder Monographien zur Medizingeschichte mit Beginn des 20. Jahrhunderts deutlich seltener werden, bis Mitte des Jahrhunderts nahezu „verschwinden“. Berufen wird sich ab diesem Zeitpunkt mit zunehmender Ausschließlichkeit auf die Idee des Arztes als Wissenschaftler, bzw. auf ein stark verwissenschaftlichtes Selbstbild der ärztlichen Profession, das den professionellen Referenzrahmen der „Heilkunst“ beerbt hat.

Festgestellt werden kann, dass sowohl die Folgen der Verwissenschaftlichung der ärztlichen Handlungsgrundlagen wie auch „die Auswirkungen von Ökonomie und Technologie nicht ohne Einfluss auf das Arztbild, aber auch die Arztdefinition geblieben“ (Anschütz 1987, S. 180) sind. Eine erste große Zäsur in der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Arztes markiert zunächst das Bild des „Halbgott in Weiß“, das den Arzt im Verbund mit der in immer größerem Umfang zur Verfügung stehenden Medizintechnik nicht nur als Herrscher über die menschliche Natur, sondern auch über komplexe Apparaturen und Verfahren zeichnet. Im Umfeld einer verwissenschaftlichten und technisierten Medizin haftet dem Begriff „ärztliche Kunst“ ein zunehmend anachronistischer Klang an, bezieht er sich offenbar auf Aspekte professionellen Handelns, die in der modernen Konzeption des High-Tech-Mediziners eine untergeordnete Rolle zu spielen scheinen. Diese Bewertungsverschiebung wird in der ökonomisierten Medizin fortgeschrieben, fügt sich eine sich auf individuell-persönliche, noch dazu

kaum näher bestimmte Aspekte beziehende Leistungsbeschreibung der Medizin, wie sie das Kunst-Konzept beinhaltet, nur schwer in das Bild eines von überindividuellen Strukturen dominierten, hoch spezialisierten, arbeitsteilig und marktförmig organisierten Geschehens des modernen Gesundheitssystems. Weitgehend ungeklärt erscheint (mehr denn je), was sich im Detail hinter der Formel ‚ärztliche Kunst‘ verbirgt, wie auch die Bedeutung des aus der griechischen Antike stammenden Leitbilds des Arztes als „Heilkünstler“, der Medizin als „Techné“, „Heilkunst“, für die evidenzbasierte, leitliniengerechte Medizin der Gegenwart.

Der Modernisierungsprozess der Medizin wurde lange Zeit angesichts beeindruckender Fortschritte im Bereich der wissenschafts- und technikbasierten Diagnostik und Therapie nahezu ausschließlich positiv bewertet. (Kaum jemand würde – und dies soll auch mit der vorliegenden Arbeit keineswegs impliziert werden - zu einer vorwissenschaftlichen Heilkunde zurückkehren wollen.) Der Gedanke einer Heilkunst trat darüber zunehmend in den Hintergrund. Zeitgenössische Publikationen beklagen nun jedoch „Die verlorene Kunst des Heilens“ (Lown 2002) oder „Das Elend der ärztlichen Kunst“ (Kathan 2002). Die Kategorie der ärztlichen Kunst steht offenbar zur Disposition. Etwas erscheint bedroht, in Auflösung begriffen zu sein. Offenbar tritt die Verdrängung einer professionellen Arbeitsweise, deren konkrete Beschreibung fehlt, schmerzhaft zutage.

„Unbehagen“ an der modernen Medizin

Seit geraumer Zeit gibt es ein „Unbehagen“ (Anschütz 1987) in der Betrachtung der modernen, oftmals als „inhuman“ bezeichneten (vgl. v. Troschke 2004, S. 141) Medizin, das vor allem den Arzt ins Zentrum der Kritik gerückt hat. „Ablehnung und Skepsis der Bevölkerung“ (Anschütz 1987, S. 16-18) prägen seit den 1970er Jahren zunehmend die Haltung gegenüber der ärztlichen Profession. Die wissenschaftlich-technische Professionalisierung ist offenbar zu hohen Kosten- sowohl auf Seite der Patienten als auch der Ärzte – erfolgt. So ist als eine Folge der Schwerpunktverlegung der ärztlichen Tätigkeit in den technisch-apparativen Bereich die vielfach beklagte „Entfremdung“ und „Vertrauenskrise“ im Arzt-Patient-Verhältnis zu betrachten. Die wohl einer breiteren Öffentlichkeit bekannteste Kritik der „Apparatemedizin“ (siehe dazu Kapitel A 2.) reflektiert die als einschneidend empfundene Vernachlässigung kommunikativer Aspekte, die in die von Lüth 1974 prominent charakterisierte „stumme Medizin“ mündete. Auch ist ein verstärktes Misstrauen gegenüber der vormals unterhinterfragten ärztlichen Autorität und den professionellen Fähigkeiten des einstigen „Halbgott in Weiß“ zu verzeichnen. Rating-Instrumente in Online-Portalen und regelmäßige Veröffentlichungen der „100 besten Ärzte“ und Ähnliches reflektieren (oder schüren zusätzlich) ein gespaltenes Ver-

hältnis zur ärztlichen Profession als tendenziell zu misstrauendem Berufsstand. Aller Brüche zum Trotz- oder gerade verstärkt durch sie? – zeigt sich die anhaltende Faszination des Arztes als gesellschaftliche Figur in seiner fortdauernden medialen Präsenz in den zumeist stark idealisierenden „Arztserien“ (vgl. v. Troschke 2004, S. 204-206).

Eine weitere Ausdrucksform der Krise der „Schulmedizin“ ist die seit den 1970er Jahren verstärkt erfolgte Hinwendung der Patienten zu alternativmedizinischen Strömungen und Konzepten. „Alternative Medizin“ ist zum Oberbegriff für eine Vielzahl von Strömungen und Denkstilen der Medizin jenseits der „Schulmedizin“ geworden. Subsumiert werden hierunter größtenteils Ansätze, die eine ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen vertreten, sowie naturheilkundliche Ansätze. Hauptkritikpunkte an der einseitig rationalistischen „Schulmedizin“ sind ihr naturwissenschaftlich geprägtes Menschenbild bzw. die in der naturwissenschaftlichen Medizin angelegte Leib-Seele-Trennung sowie der Verlust des Bezugs von Arzt und Patient (vgl. Schölmerich 1988, S. 5). In der alternativen Medizin zentrale Themen, wie biographische Aspekte sowie Fragen nach dem „Sinn“ einer Erkrankung (vgl. ebd., S. 6) finden im medizinischen Mainstream kaum Berücksichtigung, nehmen jedoch für den sinn-suchenden, selbstbestimmten und individualisierten Patienten des 20. und 21. Jahrhunderts immer größeren Raum ein. So bemüht sich die alternative Medizin, „die fehlenden Leistungen der Schulmedizin zu kompensieren, z. B. die Versäumnisse im emotional-empathischen, im spirituellen und kommunikativen Bereich“ (Nager 1999, S. 156). Der „Boom naturheilkundlicher Strömungen“ sei die „Quittung für unsere schulmedizinischen Unterlassungssünden“ (ebd.)¹.

¹ Infolge dieser Entwicklungen hat es eine (scheinbare) Öffnung der Schulmedizin in Richtung der alternativen Medizin gegeben, vor allem gegenüber der seit den 1930er Jahren unter dem Einfluss der Psychoanalyse Freuds entwickelten Psychosomatik. Deren heute allgemein und auch in der „Schulmedizin“ weitgehend anerkannte Erkenntnis des Entstehens körperlicher Symptome als Folge von psychisch-seelischen Belastungen bietet eine konkurrierende Deutung der Krankheitsentstehung- und -Definition zum naturwissenschaftlichen biomedizinischen Krankheitskonzept an. Auch hat eine Vielzahl praktischer Ärzte, wenn auch sicherlich die Minderheit, naturheilkundliche Methoden in ihr Therapiespektrum integriert, sei es aus Überzeugung oder um einem gewandelten Patientenbedürfnis zu entsprechen. Als hinderlich für eine weitere Verbreitung naturheilkundlicher Verfahren ist einzustufen, dass populäre und subjektiv als erfolgreich empfundene Methoden vielfach nicht wissenschaftlich anerkannt und daher nicht von den Krankenkassen finanziert werden. Um als vollwertig anerkannt zu werden, müssen alternative Heilmethoden im Paradigma der Verwissenschaftlichung verortbar, dementsprechend objektivierbar sein. Ein aktuelles Beispiel hierfür ist die naturwissenschaftliche Hinterfragung der Akupunktur, die im Mainstream der Schulmedizin nicht voll akzeptiert ist. Die Psychosomatik und mehr noch die im Anschluss an sie entstandenen Strömungen der alternativen Medizin stellen daher trotz wachsender Akzeptanz innerhalb und außerhalb der Medizin nach wie vor Randscheinungen in der eng an ihre naturwissenschaftlichen Grundlagen angelehnten akademischen Schulmedizin dar.

Die öffentliche Kritik an der ärztlichen Profession hat mit den jüngeren Auswirkungen der fortschreitenden Ökonomisierung der Medizin weiter an Schärfe zugenommen. So dominiert insbesondere in der jüngsten Vergangenheit wahlweise das Bild des skrupellosen und korrupten oder des heillos überforderten Arztes die öffentliche Wahrnehmung. Auf ihre Sicht der Dinge versuchten die Ärzte mit den Ärzteprotesten der Jahre 2007 und 2008 hinzuweisen. Neben finanziellen Forderungen standen bei diesen auch die Verschlechterungen der Rahmenbedingungen in der Patientenversorgung im Vordergrund, die es zunehmend erschweren, „ärztlich“ zu handeln, wie von Ärzteseite auch in einer wachsenden Zahl von Publikationen (z. B. Ratheiser 2006) beklagt wird.

Schon 1996 sprechen Badura/ Feuerstein von einer „Orientierungskrise der medizinischen Profession“ (Badura/ Feuerstein 1996, S. 12), die sich seither, betrachtet man die Entwicklungen des letzten Jahrzehnts, kaum aufgelöst, sondern eher verschärft haben dürfte. Zu den „alten Problemen“ sind seither eine Reihe von Anforderungen an den Arzt hinzugekommen (man denke an den „mündigen Patienten“ des Internetzeitalters), die die ärztliche Praxis vor neue Herausforderungen stellen.

Zu resümieren ist, dass die Medizin - und hierbei zuvorderst der Arzt - mit Kritik aus verschiedensten Richtungen konfrontiert wird, wobei als aktuellster und wohl größter Krisenherd die Folgen der zunehmenden Vermarktlichung des Gesundheitswesens bzw. die massive, durch die Anforderungen der Ökonomie induzierte Veränderung der Gegenwartsmedizin zu betrachten sind. Im Kanon der vielen kritischen Auseinandersetzungen mit der modernen Medizin sind jedoch direkt auf die ärztliche Tätigkeit Bezug nehmende, über punktuelle Ursachenzuschreibungen hinausgehende Betrachtungen der von verschiedenen Faktoren verursachten maßgeblichen Veränderungen der Parameter des ärztlichen Handlungsfelds deutlich unterrepräsentiert. Als problematisch zu betrachten ist in erster Linie, dass sich der Arzt im zunehmend komplexer werdenden Gefüge des Gesundheitssystems einer wachsenden Anzahl von sachfremden Erwartungen gegenübergestellt sieht, die seine Handlungsgrundlagen im Kern berühren. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll, ausgehend von der empirischen Analyse der ärztlichen Tätigkeit, argumentiert werden, dass (und eruiert werden, inwiefern) hierin ernstzunehmende Hinweise auf tiefgreifende Fehlentwicklungen in der gesellschaftlichen Betrachtung ärztlichen Handelns zu sehen sind.

Ziel und Fragestellung der vorliegenden Arbeit

Ist nun die ärztliche Kunst als vormodernes Relikt oder als ein tatsächlich auch für die moderne Medizin tragfähiges Konzept ärztlichen Handelns zu betrachten? Hat sich das ärztliche

Handeln in seiner Substanz verändert, so dass ein als „künstlerisch“ zu beschreibendes Handeln der modernen ärztlichen Tätigkeit inadäquat geworden ist? Praktizierte der Arzt früher Kunst und heute Wissenschaft? Beim genaueren Hinsehen zeigt sich, dass beide - häufig klischeehaft gegenübergestellt - Arztstereotype, das „alte“, häufig romantisierende Bild des Hausarztes gegenüber der technokratischen Konzeption des verwissenschaftlichten High-Tech-Mediziners (ohne behaupten zu wollen, dass es nicht beide Varianten in der empirischen Realität gäbe) keine angemessene Beschreibung für das Gros der heutigen Ärzteschaft bieten. Zweifellos hat sich die Medizin durch den Zuwachs wissenschaftlichen Wissens und durch neue Erkenntnismethoden infolge der Integration von wissenschaftsbasierter Technik in das Repertoire ärztlichen Handelns fundamental geändert. Auch gibt es infolge der Ausdifferenzierung der Medizin Spezialisten, die mit dem „Arzt am Krankenbett“, oder dem „gütigen alten Hausarzt“ (Shorter 1991, S. 48), wenn überhaupt, äußerlich und möglicherweise auch arbeitsinhaltlich nur noch entfernte Verwandtschaft aufweisen, die aber dennoch unstreitig erfolgreiche Mediziner sind. So ist anzunehmen, dass eine Analyse der Tätigkeit des Laborarztes, des Pathologen, des Nanomediziners oder des Arztes in der minimalinvasiven Chirurgie vermutlich in unterschiedlich akzentuierte Kataloge exklusiven professionellen Wissens und Könnens münden würde. Zu unterschiedlich und zu vielschichtig ist die berufliche Realität derer, die mit der Bezeichnung ‚Arzt‘ umfasst sind, als dass eine pauschale und für alle Spezialgebiete der Medizin erschöpfende Antwort auf die Frage „Was ist ärztliche Kunst?“ gegeben werden könnte.

Wohl aber können hinsichtlich zentraler Aspekte ärztlichen Handelns im Rahmen des „klassischen“ ärztlichen Tätigkeitsspektrums, als solches die Bereiche der direkten Arzt-Patient-Interaktion, der Gestaltung des diagnostischen und therapeutischen Prozesses und die Nutzung von Medizintechnik gelten, Kriterien „guten“ ärztlichen Handelns im Sinne einer ‚ärztlichen Kunst‘ benannt werden. In diesem Sinne wird mit der vorliegenden Arbeit der Versuch unternommen, grundlegende Elemente der ‚ärztlichen Kunst‘ aufzudecken und ihre Bedeutung im Rahmen gegenwärtigen ärztlichen Handelns aufzuzeigen.

Mit der Auswahl des empirischen Gegenstands, der Erforschung ärztlichen Handelns im Rahmen ihres Kernfeldes, der krankenhausmedizinischen Versorgung und der niedergelassenen hausärztlichen Praxis, wird sich bewusst ins Zentrum der Domäne der etablierten „Schulmedizin“ begeben², um die Spezifik dieses Handlungsfelds herausarbeiten zu können

² Hierbei wurde mit dem Schwerpunkt der Inneren Medizin ein möglichst vielfältiges, heterogene Aktivitäten umfassendes Handlungsfeld ausgewählt, welches zusätzlich durch die Integration von Inter-

und sie in Kontext mit der Kritik an der modernen Medizin und schließlich „aktuellen Problemfeldern“ stellen zu können. Aus diesem Grund wird sich an dieser Stelle von den Bereichen der Heilkunde bzw. der Heilpraktik - gleichwohl auch sie auf das Ursprungskonzept der antiken Techné zurückgehen und möglicherweise sogar größere Gemeinsamkeiten mit diesem aufweisen als die moderne, wissenschaftsbasierte Medizin – abgegrenzt bzw. wurden alternative Konzepte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt³. Des Weiteren ist zu argumentieren, dass der fachliche Kern der ärztlichen Arbeit in Bezug auf die konkrete Ausgestaltung ärztlichen Handelns nicht zwangsweise durch das übergreifende Konzept determiniert sein muss. Die Analyse der ärztlichen Tätigkeit auf Handlungsebene steht in der vorliegenden Arbeit jedoch im Mittelpunkt.

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist somit eine handlungstheoretische und arbeitssoziologische Analyse der ‚ärztlichen Kunst‘ sowie ihres Stellenwerts und ihrer Relevanz in der ökonomisierten „High-Tech-Medizin“. Sowohl eine inhaltliche und empirische Präzisierung und Fundierung des Konzepts jenseits der oftmals nur deskriptiv im Sinne von Oberflächenbeschreibungen verwendeten Begriffe ‚ärztlicher Blick‘ und ‚ärztliche Intuition‘ wie auch seine angemessene Verortung unter den Bedingungen einer verwissenschaftlichten, technisierten und ökonomisierten Medizin fehlen bislang. Die vorliegende Arbeit zeigt unter Rückgriff auf historische Diskurse sowie klassische und aktuelle Forschungsarbeiten zum ärztlichen Wissen und Handeln zunächst die Auflösung des tradierten professionellen Referenzsystems der ärztlichen Kunst zugunsten einer stark verwissenschaftlichen Selbstbeschreibung an, die sich – ganz im Sinne des Leitbilds rationalen, wissenschaftsbasierten Handelns - als Orientierungsgröße für die gesundheitspolitische Arbeitsgestaltung (vgl. Gerlinger/ Stegmüller 2009) sowie die gesellschaftliche Erwartung an den Arzt etabliert hat. Im Rahmen dieses Leitbilds erscheint die ärztliche Kunst in ihrer Unschärfe und Subjektgebundenheit als kaum anschlussfähig und wird, zuspitzend formuliert, zum „Störfaktor“ einer auf Effizienz getrimmten pauschalierten Dienstleistungsmedizin. Entgegen diesen Betrachtungen ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit, darzulegen und empirisch zu begründen, dass sich ärztliches Handeln nur unvollständig als objektivierendes Handeln im Sinne eines wissenschaftlich und ökonomisch rationalen Handelns fassen lässt. Zur Analyse der Grenzen objektivierenden Handelns bei der ärztlichen Tätigkeit erscheint der Rekurs auf die historische Kategorie ‚ärzt-

viewpartnern aus dem Bereich der Chirurgie und der Psychiatrie, als zwei möglichst gegensätzliche Spezialfelder, kontrastiert werden kann.

³ Anklänge an die ärztliche Kunst finden sich zwar in alternativen Ansätzen der Medizin, letztlich bleibt jedoch diffus, was sich faktisch damit verbindet. Eine Analyse dieses Handlungsfeldes in Bezug auf diese Fragestellung ist bislang nicht erfolgt.

liche Kunst' und deren handlungstheoretische Fundierung gewinnbringend. Handlungsweisen, die einer ärztlichen Kunst zuzurechnen sind, können so nicht nur als durch das systemische Leitbild „bedroht“, sondern auch als unverzichtbarer Bestandteil professionellen ärztlichen Handelns aufgezeigt werden.

Gang der Darstellung

Ausgangspunkt der Untersuchung (Kapitel A) ist eine umfassende Einführung in langfristige innermedizinische Entwicklungsprozesse sowie die gesundheitspolitischen Umwälzungen der vergangenen Jahrzehnte, durch welche die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit erheblich modifiziert wurden. Der gesellschaftliche Bereich der gesundheitlichen Versorgung und speziell das System der Medizin stellt sich als in besonders durchdringender Form von Prozessen der Verwissenschaftlichung, Ökonomisierung, Technisierung und (als deren Konsequenz) auch Standardisierung berührt dar. Über den Befund eines „Spannungsfelds“ unterschiedlicher Rationalitäten hinausgehend werden die drei Makrotendenzen ‚Verwissenschaftlichung‘ (A 1.), ‚Technisierung‘ (A 2.) und ‚Ökonomisierung‘ (A 3.) des ärztlichen Handlungsfelds vorgestellt und in ihrer Wechselbezüglichkeit entfaltet. Dabei wird die These (A 4.) begründet, dass die drei Makrodynamiken trotz Unterschieden hinsichtlich ihres Inhalts und der ihnen immanenten Logiken gleichwohl eine übergreifende Gemeinsamkeit enthalten. Es ist dies die Tendenz zur Forcierung einer Standardisierung ärztlichen Handelns im Sinne von dessen Objektivierung und Formalisierung. Auf dieser Grundlage wird im Weiteren der Frage nachgegangen, in welcher Weise sich mit dieser Entwicklungstendenz der Objektivierung und Formalisierung ärztlichen Handelns zugleich eine Bedrohung wesentlicher Kernelemente ärztlichen Handelns bzw. der ‚ärztlichen Kunst‘ verbindet.

In Kapitel B wird eine Aufbereitung des Forschungsstands und der theoretisch-konzeptuellen Grundlagen erfolgen. Einführend wird die Entwicklung des modernen Arbeitsbegriffs im Sinne des Leitbilds planmäßig-rationalen Handelns und dessen Grenzen erläutert (B 1.). In Erweiterung dieses Handlungsbegriffs werden im Anschluss zunächst als „andere“ Seite ärztlichen Handelns verschiedene Sichtweisen auf die ärztliche Praxis vorgestellt (B 2.). Im Unterkapitel „Ärztliches Wissen und Handeln im Lehrbuch“ (B 2.1.) erfolgt eine Analyse der Vermittlung ärztlichen Grundlagenwissens durch ein an der ärztlichen Praxis orientiertes Lehrbuch. Im Anschluss an wegweisende Befunde der angloamerikanischen kognitiven Expertiseforschung (B 2.2.) können weite Teile ärztlichen Wissens im Spektrum impliziten Wissens, das durch die Expertiseforschung explizit als wesentliche Ingredienz der „art of medicine“ benannt wird, verortet werden. Betrachtet werden zudem die Ambitionen der Model-

lierung ärztlicher Expertise in Form des „Diagnosecomputers“ durch die Künstliche Intelligenz-Forschung. Im Rahmen der umfangreichen Darstellung des State of the Art zum ärztlichen Wissen und Handeln (B 2.3.) werden hauptsächlich soziologische theoretische Konzepte und empirische Befunde zur ärztlichen Praxis präsentiert, hierbei auf der Spur der ärztlichen Kunst Abweichungen von einem objektivierenden Handeln fokussiert. Die Grundlage des aus verschiedenen Blickwinkeln kompilierten Kaleidoskops zur ärztlichen Praxis bilden die „Klassiker“ medizin- und professionssoziologischer Forschung. Vor allem in der hieran anschließenden Zusammenschau von aktuelleren Analysen und empirischen Befunden zum ärztlichen Wissen und Handeln werden Elemente der ärztlichen Praxis jenseits eines planmäßigen rationalen Zugangs erkennbar. Bestätigt werden kann anhand des auf diese Weise empirisch verdichteten Bilds, dass ein rein wissenschaftlich-rationaler Arbeitsbegriff für die ärztliche Praxis nicht haltbar ist bzw. dass dieser zur Erfassung des Wesens der ‚ärztlichen Kunst‘ ergänzt werden muss. An Kontur gewinnt die Vorstellung von ärztlichem Arbeitshandeln als einem professionellen Handlungsstil, der sich im Kern über Handlungs- und Wissensformen definiert, für die ein erweiterter Bezugsrahmen gefunden werden muss.

In Kapitel B 3. werden Konzepte „anderen“ Wissens und Handelns zunächst vorgestellt und schließlich für die vorliegende Arbeit synthetisiert. Der theoretisch-konzeptuelle Teil wird mit der Darlegung der theoretisch-konzeptuellen Entwicklung und der empirischen Grundlagen des der empirischen Untersuchung zu Grunde liegenden handlungstheoretischen Konzepts des subjektivierenden Arbeitshandelns (B 4.) geschlossen. Eingeführt wird hiermit der für die vorliegende Arbeit zentrale Gedanke eines empirisch unterscheidbaren „objektivierenden“ und „subjektivierenden“ Handelns als zwei differente Handlungsstile.

Teil C widmet sich unter theoriegeleitetem Fokus der empirischen Untersuchung der ärztlichen Praxis. Zunächst wird in Kapitel C 1. in Vorarbeit zur eigenen empirischen Untersuchung eine maßgebliche empirische Pionierarbeit zum ärztlichen Handeln, die Studie „Ärztliche Praxis“ (Schachtner 1999), hinsichtlich der Kategorien objektivierenden und subjektivierenden Handelns reinterpretiert. Eine Methodenbeschreibung der eigenen empirischen Untersuchung erfolgt in Kapitel C 2. Als Ergebnis der empirischen Untersuchung kann durch die Anbindung an das Konzept des subjektivierenden Handelns eine handlungstheoretisch informierte Konturierung der ärztlichen Praxis geleistet werden (C 3.). Facetten der ärztlichen Kunst, wie der ‚ärztliche Blick‘, die ‚ärztliche Intuition‘ und der ‚ärztliche Eindruck‘ werden somit handlungstheoretisch erklärbar und als besondere Form von Professionalität beschreibbar, die in der Praxis unverzichtbar ist. Weiterhin zeigen die empirischen Befunde das situationsspezifische Zusammenspiel objektivierender und subjektivierender Handlungselemente als Charakteristikum der ärztlichen Tätigkeit auf. Dieser Befund kann in Abhängigkeit der spezi-

fischen Handlungsanforderungen (Gespräch mit dem Patienten, körperliche Untersuchung, Einsatz von Medizintechnik, Diagnosefindung und Therapie) weiter differenziert werden. Insbesondere Situationen, die als unwägbar, von einer Vielzahl individueller Variablen abhängige Praxis zu beschreiben sind, profitieren in hohem Masse von subjektivierenden Handlungsweisen. Dies gilt nicht nur für die kommunikativen Aspekte ärztlichen Handelns, sondern auch für scheinbar instrumentelle Verrichtungen im Umgang mit Medizintechnik oder mit „objektiven Daten“. Die Kontrastierung von Ärzten unterschiedlicher Altersstufen lässt zudem Differenzen im Handlungsstil erkennen, die die Befähigung zu subjektivierendem Handeln als Merkmal erfahrener Ärzte ausweist, während „Anfänger“ generell enger am Raster standardisierter Handlungsabläufe und formaler Kriterien, somit objektivierend, agieren. Der Erwerb von Fähigkeiten, die gemeinhin als ‚ärztliche Kunst‘ umschrieben werden, kann so empirisch als erfahrungsbasierter Lernprozess aufgezeigt werden.

Im Schlussteil (D) sind anhand der empirischen Befunde Rückschlüsse in Bezug auf die Ausgangstheese einer zunehmenden Überformung originär ärztlicher Handlungslogiken durch Prozesse der Verwissenschaftlichung, Technisierung und Ökonomisierung zu ziehen. Bedroht erscheint die ärztliche Kunst in der High-Tech-Medizin insofern, als dass tragende Elemente des ärztlichen Arbeitshandelns, die als subjektivierende Handlungsformen der ärztlichen Kunst zuzurechnen und zur Erfüllung ärztlicher Aufgaben nach wie vor als unabdingbar zu betrachten sind, unter den Bedingungen der gesundheitspolitischen Systemgestaltung bzw. den Anforderungen der Formalisierung und Standardisierung ärztlichen Handelns jedoch marginalisiert und, unter Umständen, hinsichtlich der institutionellen Sozialisation künftiger Ärztegenerationen, negativ selektiert werden. In diesem Zusammenhang sind aktuelle Problemfelder anzusprechen und ist auf Forschungsbedarfe zu verweisen.

Teil A: Allgemeine Entwicklungen im Gesundheitssystem und deren Rückwirkungen auf das ärztliche Handeln

Im Folgenden werden die drei das ärztliche Handlungsfeld dynamisierenden Makrotendenzen der ‚Verwissenschaftlichung‘, ‚Technisierung‘ und ‚Ökonomisierung‘ in ihren Auswirkungen auf das ärztliche Handeln und dessen gesellschaftliche Betrachtung dargestellt.

(A1.) Beginnend mit einer historischen Darstellung des Transformationsprozesses der Medizin von der Heilkunst zur medizinischen Wissenschaft werden Grundgedanken und Elemente der antiken Heilkunst sowie deren Überformung durch wissenschaftliche und technische Denkweisen im 19. Jahrhundert nachgezeichnet. Eine Zäsur in der Betrachtung ärztlichen Handelns, im Rahmen derer dieses zunehmend bis ausschließlich nach wissenschaftlichen Maßstäben bewertet wird, ist spätestens in der Mitte des 20. Jahrhunderts anzusiedeln (vgl. Shorter 1991). Das Feld der Medizin war bis zu diesem Zeitpunkt keine reine Domäne der Naturwissenschaften, da im Rahmen der „Heilkunde“ auch nicht-wissenschaftliche Wissensformen nicht nur Anwendung sondern auch Anerkennung fanden. Dargestellt werden die historische Genese wie auch die Auswirkungen des verwissenschaftlichten „medizinischen Blicks“ als Repräsentant einer sich im engen Sinne naturwissenschaftlich definierenden Handlungspraxis. Indikatoren für Prozesse der Verwissenschaftlichung finden sich nicht erst in der Gegenwart, jedoch bringt die Einführung der evidenzbasierten Medizin in pronociertester Form diese Entwicklungen auf den Punkt. So mögen Methoden der Wissensobjektivierung und Handlungsalgorithmisierung bzw. eine durch die Standardisierung von Diagnose und Therapieentscheidungen erreichbare Komplexitätsreduktion angesichts des exponentiell ansteigenden Umfangs theoretischen Fachwissens notwendig erscheinen, im Rahmen einer vielschichtigen und wenig planbaren Praxis ist ihnen jedoch mit einer gewissen Grundskepsis zu begegnen.

(A 2.) Auch die Folgen der Technisierung ärztlichen Handelns bzw. die Konsequenzen der „Dominanz der technischen Orientierung in der Medizin“ (Weishaupt 1994, S. 239) für die Betrachtung der ärztlichen Tätigkeit sind kritisch zu hinterfragen. Der Einsatz von Medizintechnik als „Königsweg“ der Erkenntnis erscheint nicht nur volkswirtschaftlich fragwürdig, sondern vor allem als kaum mehr hinterfragte Entwicklung und schließlich Zementierung des modernen medizinischen Bezugsrahmens des „biomedizinischen Modells“ und des diesem zugrunde liegenden reduktionistischen und objektivistischen Körperbilds (vgl. ebd., S. 245f.).

(A 3.) Mit der Ökonomisierung bzw. Vermarktlichung des Gesundheitssystems in den vergangenen mehr als zwei Jahrzehnten, deren Rückwirkungen auf das System der medizinischen Versorgung und das ärztliche Handeln ausführlich darzulegen sind, wird die ärztliche Praxis schließlich mit den Anforderungen einer betriebswirtschaftlichen Leistungssteuerung konfrontiert. Zu hinterfragen ist, neben einer kritischen Reflexion populärer neuer Rollenkonzepte, so des Arztes als „Dienstleister“, des Patienten als „Kunde“ oder als „mündiger Patient“, auch die zu erkennende Tendenz der Bewertung der ärztlichen Tätigkeit anhand formaler Kriterien.

(A 4.) Das Kapitel schließt mit der These der Verdrängung der ‚ärztlichen Kunst‘ im Zuge der durch die Makrotendenzen forcierten Objektivierung und Formalisierung ärztlichen Handelns.

1 Verwissenschaftlichung der ärztlichen Praxis

Der gegenwärtig festzustellende Grad der Verwissenschaftlichung nicht nur der ärztlichen Handlungsgrundlagen, sondern auch der ärztlichen Praxis, steht in der Kontinuität einer langen Entwicklungsgeschichte der Medizin, als deren Radikalisierung oder „Zuspitzung“ (Borgetto/ Kälble 2007, S. 173) die innermedizinischen Strömung der „evidenzbasierten Medizin“ zu betrachten ist. Die im Folgenden zu umreißenden Entwicklungen sind daher keineswegs als neue Phänomene zu betrachten, wenn auch deren mehr oder weniger unmittelbare Auswirkungen, Nebenfolgen und Begleiterscheinungen möglicherweise erst mit einiger Verzögerung bzw. nicht direkt als solche wahrgenommen werden.

Die Medizin erfuhr im Zuge der großen Entdeckungen der Naturwissenschaften im 19. Jahrhundert sicherlich ohne Übertreibung eine Revolutionierung ihrer Handlungsgrundlagen auf naturwissenschaftlichem Fundament. Durch bahnbrechende wissenschaftliche Entdeckungen konnten Krankheitserscheinungen nun in ihrer Kausalität verstanden und durch naturwissenschaftlich fundierte Therapien zunehmend beherrschbar gemacht werden. Ein Blick in die Medizingeschichte zeigt, dass sich nicht nur die medizinische Wissenschaft, sondern auch das ärztliche Handeln seither zunehmend an naturwissenschaftlichen Prinzipien der Erkenntnisgewinnung orientierte (vgl. Weishaupt 1994, S. 240f.) bzw. nicht nur die Erkenntnisse, sondern auch die Methoden der Naturwissenschaften (vgl. Marckmann 2003, S. 63) übernahm. Die einstige erfahrungsbezogene Heilkunde wird spätestens im 20. Jahrhundert, in welchem der Durchbruch ärztlichen Therapieerfolgs im Verbund mit der wohlstandsabhängigen Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen maßgeblich zu einer Verlängerung der allgemeinen Lebenserwartung bis hin zu ihrer statistischen Verdopplung beitrug (vgl. Anschütz 1987, S. 4-5), zur „angewandten (Natur-) Wissenschaft“ (ebd.) (erklärt)⁴ und wurde schließlich zu einem Vorzeigefeld wissenschaftlich-technischen Fortschritts.

So unstrittig die Erfolge der wissenschaftsbasierten Medizin sind, gilt es dennoch im Rahmen einer kritischen Auseinandersetzung auch die Schattenseiten einer positiven Entwicklung nicht aus der Betrachtung auszuklammern. Als solche muss die Überformung der traditionellen Medizin durch das „biomedizinische Modell“ sowie die in diesem angelegte Engführung

⁴ Einzubetten sind die Entwicklungen der modernen Medizin in übergeordnete gesamtgesellschaftliche Entwicklungstendenzen der wissenschaftsbasierten Rationalisierung (dazu ausführlicher B 1.).

der Vorstellung des menschlichen Organismus bzw. von Krankheit als einem primär organischen, kausal determinierten Defekt, der mit modernster Technik zu beheben sei, bzw. das wissenschaftlich-objektive Krankheitsverständnis mit der Vorstellung, dass „Krankheiten objektiver Natur sind und man diese gleichsam automatisch erkennen kann, wenn man über das dazu nötige Wissen verfügt“ (Jacob 1999, S. 324, zitiert in Sing 2007, S. 21), gelten. Als Ausgangspunkt für die, wie im Folgenden zu zeigen sein wird, problematische Verwissenschaftlichung der ärztlichen Praxis muss das biomedizinische Modell differenziert bewertet werden, so als „segensreiche Utopie“ für eine leistungsfähige Medizin, die noch kein vergleichbar konkurrenzfähiges Konzept hervorgebracht hat (vgl. Rothsuh 1978, S. 447-448), dessen Ablösung zugunsten eines möglicherweise auch in Bezug auf zukünftige Herausforderungen tragfähigeren Leitbildes jedoch vielfach gefordert wird (z. B. von Huber 1993, S. 125)⁵. Grenzen des biomedizinischen Modells werden nach anfänglicher Euphorie über den sprunghaften Fortschritt offenkundig- sei es hinsichtlich der diesem immanenten Selbstlimitierung der Erkenntnismöglichkeiten oder auch der Folgeprobleme und Auswirkungen einer in diesem Sinne gestalteten ärztlichen Praxis.

Im zwanzigsten Jahrhundert werden in der Medizin aus Kunst und Wissenschaft entgegengesetzte Pole, es entsteht ein Spannungsverhältnis. Für die Medizin als Anwendungsfeld wissenschaftlichen Wissens in besonderem Maße relevant erscheint die Betrachtung des komplexen Verhältnisses von „methodisch kontrolliert erzeugte(m), überprüfbar(e) und verallgemeinerungsfähig(e) explizite(m) Wissen“ (ebd.) und „anderen Wissensformen“. So gestalte „sich die Beziehung zwischen Wissenschaft und Medizin keineswegs trivial“ (Vogd 2004a, S. 195)⁶. „Die Faszination der Naturwissenschaft“ (Anschütz 1987, S. 181) besteht für die Medizin sicherlich nicht zuletzt darin, dass sie durch ihre Assoziation mit dem Wahrheitsbegriff Unsicherheiten und Ambivalenzen im ärztlichen Handeln zu beseitigen verspricht. Dass die

⁵ Anzustreben sei vielmehr eine erweiterte Vorstellungen vom Menschen, seinem Körper und Krankheit mit dem Ziel „eines angemesseneren und humaneren Umgangs mit Problemen, die das heute vorherrschende Krankheitsspektrum aufwirft“ (Weishaupt 1994, S. 247).

⁶ Als Phänomen „reflexiver Verwissenschaftlichung“ wird von Wagner 1995 die „Krise der Medizin“ bzw. „Krise ihrer wissenschaftlichen Methodengewissheit“ infolge des immensen Zuwachses an wissenschaftlich fundiertem Wissen in der Medizin thematisiert. Als „reflexive Verwissenschaftlichung“ kann mit der Perspektive der Theorie der Reflexiven Modernisierung (Beck/ Giddens/ Lash 1996) eine Radikalisierung der Entwicklung der gesellschaftlichen Verwissenschaftlichung, im Rahmen derer das System der Wissenschaft mit den von ihm erzeugten Folgeproblemen konfrontiert wird verstanden werden. Als Resultat der Verwissenschaftlichung und Technisierung ärztlichen Handelns werde die für das ärztliche Handeln charakteristische Unsicherheit ärztlicher Praxis nicht aufgelöst, sondern vielmehr von „einfachen“ in „reflexive“ Unsicherheiten transformiert (vgl. Wagner 1995, S. 267), die kaum einfacher zu bewältigen sein dürften.

Übernahme der naturwissenschaftlichen Sichtweise auch eine Begrenzung für die ärztliche Erkenntnis darstellt, wird dabei vielfach ausgeblendet. Die Ansicht, dass ärztliches Handeln im naturwissenschaftlichen Denkstil nicht aufgeht, wird jedoch von vielen maßgeblichen Ärzten des 19. und 20. Jahrhunderts geteilt (vgl. Anschütz 1987, S. 180). Insbesondere dem Totalanspruch der ausschließlich naturwissenschaftlich definierten Medizin wird mit äußerster Skepsis begegnet. Trotz der vielfach auch aus den Reihen der ärztlichen Profession stammenden kritischen Stimmen bleibt jedoch die Auseinandersetzung mit den wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Grundlagen des eigenen Fachs in der Medizintheorie bislang unterreflektiert.

1.1 „Techné“: Die antike Heilkunst, der Arzt als „Heilkünstler“

Lohnenswert erscheint zur Klärung grundsätzlicher Fragen nach Wesen und Beschaffenheit der ‚ärztlichen Kunst‘ zunächst die Beschäftigung mit den historischen Wurzeln der ärztlichen Kunstlehre, wie auch die Betrachtung der sozialen und speziell wissenschaftlich-technischen Konstellationen, die den tiefgreifenden Wandel des ärztlichen Selbstverständnisses ausgelöst haben, um ein tieferes Verständnis der Konsequenzen der Verwissenschaftlichung der Medizin entfalten zu können. Ein erster Schwerpunkt des Erkenntnisinteresses ist daher die Konturierung des Wesens einer sich als ‚Heilkunst‘ verstehenden vorwissenschaftlichen Medizin in ihren Ursprüngen und Grundlagen, bevor der Transformationsprozess des traditionellen Leitgedankens in das Bild des technokratischen Wissenschaftlers dargestellt wird.

Die traditionelle Konzeption der Medizin als ‚Kunst‘ wurzelt in der antiken griechischen Medizin, die sich im 5. Jahrhundert vor Beginn der modernen Zeitrechnung selbst als ‚Techné‘, ‚Heilkunst‘ und ‚Handwerkskunst‘, definierte. Mit der Verabschiedung von übernatürlichen und religiösen Konzepten von Krankheit ist die antike griechische Medizin als Fundament einer modernen Medizin zu betrachten (vgl. Porter 2000, S. 53-54). Als ‚Einheit von Erfahrungs- und Theoriewissen‘ (Hartmann 1975 zitiert in Sing 2007, S. 33), ‚Theoria‘ und ‚Pragma‘, wird die Techné zum ersten umfassenden Konzept der Medizin, das bereits die zwei Elemente einer angewandten Wissenschaft enthält, die bis heute als wesentliche Komponenten ärztlichen Handelns zu betrachten sind und die erst mit der Übernahme der Definitivsmacht durch die wissenschaftliche Medizin ein Spannungsfeld erzeugen.

Gebündelt wird mit dem Begriff Techné ein heterogener Bestand an Fähigkeiten und Fertigkeiten, der sowohl medizinisches Wissen als auch ärztliches Handeln und Verhalten umfasst (vgl. Heidel 2008, S. 117). Techné kann im Sinne einer ‚praktischen Wissenschaft‘ als

„Werkzeug“ verstanden werden, einen bestimmten Bereich „verstandesmäßig zu beherrschen“ (Kölbing 1977, S. 97). Jedoch werden auch und vor allem erfahrungsbezogene Wissensformen, wie die personengebundene Erfahrung des Arztes sowie seine subjektive Wahrnehmung, wie hier in der Umschreibung von Aristoteles, hervorgehoben: „Die Kunst entsteht dann, wenn sich aus vielen durch die Erfahrung gegebenen Gedanken eine allgemeine Annahme über das Ähnliche bildet“ (Buch 1, S. 5, zitiert in Neuweg 1999, S. 265).

Als Begründer der Heilkunde – sowie als „Wegbereiter“ (Otte 1995, S. 14) der abendländischen wissenschaftlichen Medizin - ist Hippokrates zu betrachten, dessen Gedankengut die Medizin bis in die Neuzeit hinein prägte (vgl. Bodamer 1962, S. 120). Mit dem Namen Hippokrates wird in erster Linie der „Hippokratische Eid“ (siehe dazu: Porter 2000, S. 63) assoziiert. Als Kodifizierung von Vorstellungen über den idealen Arzt bildet dieser den Grundstein der ärztlichen Ethik, der Lehre vom richtigen bzw. unerlaubten Handeln des Arztes, die bis in die Gegenwart (zumindest im normativen Sinn) die Vorstellung des Arztes als nach moralischen Prinzipien Handelndem und Entscheidendem prägt⁷. Die prominenteste Formel des Eides „Primum non nocere“, bzw. „nihil nocere“, „Zum Wohl des Patienten, nie zu dessen Schaden“, wird zur zentralen Handlungsmaßgabe für die Ärzte der Antike und darüber hinaus.

Die von Hippokrates und seinen Nachfolgern geschaffene Schriftensammlung „Corpus Hippocraticum“ zeugt von einem komplexen Theoriegebäude, das Vorstellungen über Natur, Krankheit und die ärztliche Rolle integriert (vgl. Schipperges/ Seidler/ Unschuld 1978, S. 235-240). Natur und Umwelt enthalten einen zentralen Stellenwert in der Krankheitslehre, in welcher die Krankheit nicht länger „als abstrakte Wesenheit verstanden, sondern aus der Lebensweise und den Umständen des einzelnen Organismus heraus gedeutet“ (ebd., S. 236) wird. Vereint werden im „hippokratischen System“ sowohl mystische Vorstellungen als auch empirische und kausalanalytische Zugänge. So wurde im Rahmen der lange einflussreichen Säftelehre die Vielfalt von Krankheiten und Heilungsmöglichkeiten aus der „Pluralität von Elementen- und Säftekonstellationen“ (ebd., S. 238), die es in Harmonie zu bringen gelte, abgeleitet. Auch naturphilosophische Konzepte, die bis ins 19. Jahrhundert einflussreich blieben, haben ihren Ursprung in der Krankheitslehre der griechischen Antike. Ein „frühes rationales Modell von Krankheit“ stellt das Konzept der Wunde dar, das Krankheit in Ursache und Wirkung erklären und auf Grundlage empirischer Beobachtungen im Sinne einer „Wundarz-

⁷ Vergessen werden darf in diesem Zusammenhang nicht, dass es sich hierbei um regulative Selbstbilder einer Profession handelt, die bei Professionalisierungsprozessen eine erhebliche Rolle spielen (vgl. Göckenjan 1992, S. 118-119).

neikunst“ heilen konnte (vgl. ebd., S. 232). Auch das „Handwerk“, das sich in der Erfindung der Disziplin der Chirurgie niederschlägt, ist fester Bestandteil der hippokratischen Medizin, wenn es auch im Rahmen der tendenziell konservativen Behandlungstradition einen nachrangigen Stellenwert einnimmt (vgl. Porter 2000, S. 59-60).

Trotz dieses elaborierten Überbaus lässt sich Krankheit in der hippokratischen Heilkunst vor allem als „klinisch fassbare Geschichte des einzelnen Falls erklären“ (Schipperges/ Seidler/ Unschuld 1978, S. 239). So spezialisierten sich die hippokratischen Mediziner auf die ein „enges Arzt-Patient Verhältnis“ (Porter 2000, S. 10) befördernde „Medizin am Krankenbett“, die vor allem das häufige Besuchen und sorgfältige Untersuchen des Kranken beinhaltete (vgl. ebd., S. 58). Aus der präzisen Beobachtung von Krankheitsverläufen, akribisch („Akribeia“) dokumentiert, entsteht so nach und nach die Zeichenlehre der „Symptomalogie“ (vgl. Schipperges/ Seidler/ Unschuld 1978, S. 240), die bestimmte „Krankheitsmuster“ (Porter 2000, S. 60) erkennen lässt. Im Zentrum ärztlichen Handelns stand die „individuell-historische Schau“ (Schipperges/ Seidler/ Unschuld 1978, S. 240) sowie der systematische Vergleich des Einzelfalls mit den klassischen Krankheitsbeschreibungen von Hippokrates. Als „patientenorientiert“ (Porter 2000, S. 60) fokussiert die Heilkunst in erster Linie das „Unwohlsein“ (ibd.), d. h., das subjektive Befinden des Patienten. Es wurde sich „viel Zeit für die Beschwerde“ genommen, teilweise die gesamte Lebensgeschichte des Patienten aufgenommen (vgl. Shorter 1991, S. 18). Die umfassende Anamnese, in der der Arzt „nach allen Einzelheiten fragen“ (Porter 2000, S. 61) soll, bildete in der Antike den Kern der vorwissenschaftlichen Heilkunst und auch der medizinischen Ausbildung.

Der hippokratischen Heilkunst liegt eine später als „ganzheitlich“ bezeichnete Orientierung zugrunde, indem sie „aus Lebensweise, Wohnung, Arbeit und Ernährungsgewohnheiten des Patienten ein Profil erstellt“ (Porter 2000, S. 61). Zur ausführlichen Anamnese war zudem der „Gebrauch geschulter Sinne“ unverzichtbar (vgl. ebd.), so z. B. im Rahmen der hippokratischen Krankenuntersuchung, bei der der Geruch von Ausscheidungen als Hinweis auf Erkrankungsursachen beurteilt wurde (vgl. Kölbing 1977, S. 86). Hierbei wird den hippokratischen Medizinern ausgesprochener „klinischer Scharfsinn“ (Porter 2000, S. 62) zugesprochen, der auch, worauf das bekannte Wort der „Facies Hippocratica“ (ibd.) hinweist, im Bereich der Blickdiagnostik äußerst erfolgreich war. Bedeutsamer als die Diagnose war den hippokratischen Medizinern die Prognose als „Kunst der Voraussicht“ (ibd.), die für das hippokratische Denken merkmalsgebend ist (vgl. Schipperges/ Seidler/ Unschuld 1978, S. 240)- dies auch aus Gründen der professionellen Abgrenzung gegenüber „Wahrsagern und Quacksalbern“ (vgl. Porter 2000, S. 62). Auch im „Übergewicht der Prognose über die Diagnose“ (Schipperges/ Seidler/ Unschuld 1978, S. 240) wird erneut das Motiv der Patientenorientie-

rung deutlich, das die Entwicklung therapeutischer Möglichkeiten durch Antizipation der Krankheitsentwicklung als zentrales Ziel formuliert.

Im Hinblick auf die Therapie ist die hippokratische Praxis in Ermangelung wirksamer Heilmethoden als zurückhaltend bzw. konservativ einzustufen. Ihr Fokus ist eher, wie man heute sagen würde, auf Prävention gerichtet, indem Empfehlungen zur gesunden Lebensweise wie Diät, Ernährung und Lebensgewohnheiten (vgl. Kölbing 1977, S. 96) gegeben wurden. Im kurativen Sinne behandelt werden konnten lediglich „chronische Beschwerden und kleinere Gebrechen“ (Porter 2000, S. 10). Im Rahmen einer Heilkunst, die „lediglich das Streben der Natur nach Wiederherstellung ihrer Harmonie“ (Schipperges/ Seidler/ Unschuld 1978, S. 235) anvisiert, wird der Arzt als Unterstützer natürlicher Prozesse konzipiert. Mit der hippokratischen Interpretation von Heilkunst: „Die Heilkunst umfasst Dreierlei: Die Erkrankung, den Kranken, den Arzt. Der Arzt ist Diener der Kunst. Der Kranke muss zusammen mit dem Arzt gegen die Krankheit sich wehren.“ (zitiert u. a. in Kölbing 1977, S. 100) wird zudem die starke Stellung eines engen Arzt-Patient-Verhältnisses als Kernelement der hippokratischen Medizin akzentuiert.

Knapp 700 Jahre später werden im zweiten Jahrhundert die Grundlagen der hippokratischen Heilkunst von dem in Rom praktizierenden griechischen Arzt Galen in Richtung einer stärkeren wissenschaftlichen Fundierung der Krankheitslehre weiterentwickelt. Sein Ziel ist die Entwicklung einer „Theorie der Medizin“, die sich aus den zwei Komponenten der beobachtenden Erfahrung („Empeiria“) und des verstandesmäßigen Denkens („Logismos“) zusammensetzt. Erhalten bleiben ein starker Naturbegriff in Sinne der Betrachtung der Natur als „bildende“, „künstlerisch schaffende Kraft“ und „hervorragende und höchste Kunst, die alles zu einem bestimmten Zweck schafft, so dass nichts unnütz oder überflüssig ist und nichts sich so verhält, dass es auf eine andere Art und Weise besser sein könnte“ (vgl. Schipperges/ Seidler/ Unschuld 1978, S. 241) sowie die nun weiter ausdifferenzierte Humoralpathologie (Säftelehre) als krankheitserklärendes Konzept (vgl. ebd., S. 242). Noch klarer als zuvor formuliert Galen die Aufgabe, die „Techné“, des Arztes im „Erkennen, Vorsorgen, Helfen“ (ebd., S. 243).

Ein wesentliches Novum durch Galen, der über profunde anatomische Kenntnisse und chirurgische Fähigkeiten verfügte, ist die Einführung der öffentlichen Tiersektion im antiken Rom, die ihm zu wissenschaftlicher Evidenz und enormem Ansehen verhilft (vgl. Porter 2000, S. 74-78). Als „Kunststück“ wurde beispielsweise das Durchtrennen der Halsnerven eines Schweins wahrgenommen. Mit Galen wurde die Methode des Experiments am lebenden Objekt in die Medizin eingeführt, die Funktionsweise des Körpers so wissenschaftlich nachvoll-

ziehbar. Er erhob die Philosophie, die er mit den drei Elementen Logik (Disziplin des Denkens), Physik (Wissenschaft der Natur) und Ethik (Wissenschaft vom Handeln) bestimmte, zur Leitwissenschaft der Medizin. Trotz dieser stärker systematischen Ausrichtung blieb auch in der galenischen Medizin weiterhin das Vertrauen des Patienten für den Heilungsprozess unerlässlich. Auch psychosomatische Leiden finden im Krankheitskonzept Galens Berücksichtigung, so die Entdeckung von Pulsrasen als Angst- oder Erregungssymptom (vgl. ebd., S. 74-75), die er in der Abhandlung „Über die Ursachen der Pulsation“ (vgl. ebd., S. 77) neben der Beschreibung physiologischer Vorgänge von Herz und Arterien beschrieb. Den „doppelschlägigen Puls“ markiert er hierbei z. B. als Zeichen für Herzschwäche (vgl. ebd., S. 78).

Galen vereinigt in sich die Rollen des „guten Kliniklers“ und des „Medizinwissenschaftlers“ (ebd., S. 76). Er „fügte Anatomie, Logik und Erfahrung zu einer Einheit“ (ebd., S. 78) und löste auf der Grundlage seines umfassenden Vermächnisses Hippokrates als Leitfigur der antiken Medizin ab und wurde für mehr als ein Jahrtausend zur Galionsfigur der Heilkunst (vgl. ebd., S. 74). Mit seinem Tod gingen jedoch einige als herausragend zu bezeichnende Elemente seines umfassenden Heilkunstverständnisses (vgl. ebd., S. 83) sowie insgesamt weite Teile des Wissens der großen griechischen und römischen Ärzte, die z. B. bereits Opium als Schmerzmittel kannten, Knochenbrüche heilen und Augen operieren konnten (vgl. Koelbing 1977, S. 94) verloren. In den folgenden tausend Jahren gab es keine nennenswerte Fortentwicklung der Medizin, die jedoch durch Galen ein „solides Fundament“ erhalten hatte (vgl. Otte 1995, S. 15). Es hielt sich das „Ideal vom gelehrten Arzt, der Wissenschaft, Philosophie und praktische Medizin in sich vereint“ und sich „als persönlicher Begleiter des Patienten“ (Porter 2000, S. 83) versteht.

Einen außerordentlich langen Nachhall hatte die „Säftelehre“ bzw. später die Humoralpathologie nach Galen, die Krankheit als Verstimmung der Säfte bestimmte (vgl. Anschütz 1987, S. 103), die erst fast eineinhalb Jahrtausende später durch den „intuitiv-mystischen Außenseiter und Rebell“ (Nager 1999, S. 156) Paracelsus (1493-1541) vehement in Frage gestellt wurde (vgl. Porter 2000, S. 203). Die Bewertung der Bedeutung von Paracelsus für die Weiterentwicklung der Medizin ist bis heute umstritten und uneinheitlich, wie auch die teils sehr unterschiedliche Einstufung durch die Medizinhistoriker Porter, Schipperges/ Seidler/ Unschuld und Rothschiuh untermauert. Festzuhalten sind jedoch eine Kontinuität eines starken Naturbegriffs im Rahmen der „Paracelsischen Naturlehre“ (Rothschuh 1978, S. 266) sowie die Einführung der Alchimie („Alchimia“) als vierte Säule der Medizin neben der Philosophie, Astronomie und Physik (vgl. Schipperges/ Seidler/ Unschuld 1978, S. 262). Paracelsus war der erste, der chemische Vorgänge im menschlichen Organismus erkannte (vgl. Porter

2000, S. 205) und diese als Krankheitsursachen benannte: „Auch von dem was unsichtbar ist, sollte der Arzt reden, was sichtbar ist, sollte ihm ohnehin bekannt sein.“ (zitiert in: Nager 1999, S. 156). Dennoch ist nach Porter Paracelsus entgegen der häufigen Darstellung nicht als Begründer der wissenschaftlichen Medizin, sondern auch in dieser Hinsicht als „paradoxe Erscheinung“ einzustufen, da er neben wissenschaftlichen Zugängen auch die Elemente der volkstümlichen Heilkunde und esoterische Vorstellungen integrierte (vgl. (Porter 2000, S. 204). Aus diesem Grund gilt er als Begründer einer „komplementären Heilkunde“ (Nager 1999, S. 156) und - wie Porter meint, zu Unrecht - als „Schutzpatron der alternativen Medizin“ (vgl. Porter 2000, S. 206). Verdeutlicht werden können anhand der Figur Paracelsus die Diskontinuitäten und Widersprüchlichkeiten der Entwicklungsgeschichte der Medizin, in der einzelne „große Ärzte“ und ihre Konzepte und Entdeckungen prägend für ganze Epochen blieben.

Die Hinwendung zur modernen, wissenschaftsbasierten Medizin wird durch die Revolutionierung der Vorstellung von der menschlichen Anatomie, basierend auf – den lange tabuisierten - Sektionen von Menschen⁸ einen entscheidenden Schritt vorangebracht. Als „Begründer“ der neuzeitlichen Anatomie gilt Vesalius (1514-1564), der zu einer umfassenden Korrektur der auf Grundlage von Tiersektionen formulierten galenischen Anatomie gelangt, die unter dem Namen „Fabrica“⁹ 1543 in mehreren Bänden veröffentlicht wurde. Die Anatomie als „Markenzeichen der modernen Medizin“ im 16. Jahrhundert (vgl. Porter 2000, S. 181-183) wurde in der Folge in die Schulmedizin integriert (vgl. ebd., S. 187). Die im Anschluss an Vesalius erfolgende Ausdifferenzierung der anatomischen Kenntnisse bildet das Fundament des heutigen medizinischen Wissens.

⁸ So erfolgte bereits 1315 in Bologna durch Mondino die erste öffentliche Sektion eines Menschen. Nicht nur das Interesse an der Anatomie als Grundlagenwissenschaft der Medizin nahm zu dieser Zeit deutlich zu, auch wurden vor allgemeinem Publikum Sektionen zunächst in Kirchen, ab Ende des 16. Jahrhunderts auch in den speziell zu diesem Zweck gegründeten „anatomischen Theatern“ („theatrum anatomicum“) vollzogen, die in erster Linie als „Spektakel“ denn als tatsächlich wissenschaftliche Lehrmaßnahme einzustufen sind (vgl. Porter 2007, S. 133-134). Kathan 2002 attestiert den öffentlichen Sektionen darüber hinausgehend den Charakter von Herrschaftsinszenierungen von Ärzten als „Interpreten der Natur“ (Kathan 2002, S. 34). Die Verankerung des Sektionsschauspiels innerhalb des zivilisatorischen Rahmens eines aufwändigen Rituals legitimierte die Tabuverletzung und ermöglichte die Partizipation der Öffentlichkeit an den als Unterhaltungsveranstaltung konzipierten „grausamen Spektakeln“ (ebd.). Der letzte Vorhang im theatrum anatomicum fällt sicherlich nicht zufällig zeitgleich mit der erfolgreich abgeschlossenen Herrschaftsübernahme über die menschliche Natur, die die ärztliche Profession ab dem 19. Jahrhundert exklusiv für sich reklamiert (vgl. Kathan 2002, S. 42–43).

⁹ Mit dieser Titelwahl („Herstellung“, „Arbeitsraum“) deutet sich nach Kathan bereits die zukünftige Ausrichtung der Medizin an, den menschlichen Körper als komplexes Zusammenwirken analog zur Maschine zu betrachten (vgl. Kathan 2002, S. 62).

Die Methode der Sektion steht darüber hinaus als Symptom für eine folgenreiche Entwicklung der abendländischen Medizin, die als Partialisierung, Objektivierung und Reduktion des menschlichen Körpers bezeichnet werden kann. So lässt sich die Geschichte der Medizin auch als Geschichte des menschlichen Körpers lesen (vgl. Weishaupt 1994). Bis zur cartesianischen Ära, die den Beginn eines verwissenschaftlichten Körperbilds markiert, wurden Körper, Geist und Seele und Mensch und Natur als Entität konzipiert. Die „immer feinere Untersuchung des Körpers“ führte zu einer „einschränkenden Konzentration auf Teile zu Lasten des Blicks auf das Ganze“ (Porter 2004, S. 81). Die ehemalige „'black box' Körper“ (Porter 2004, S. 86) wurde dem medizinischen Blick sowie dem verdinglichenden Zugriff der modernen Wissenschaftstechnik geöffnet. Die objektivierende Betrachtung des seziierten Körpers und dessen Zergliederung in seine einzelnen Elemente fügte sich fortan optimal in den von der cartesianischen Konzeption des Menschen als Maschine geprägten Zeitgeist (vgl. Kathan 2002, S. 18-19).

Revolutionäre Paradigmenwechsel sind in der Entwicklungsgeschichte der Medizin bis zur der Etablierung des wissenschaftlichen Denkstils nicht vorzufinden. Vielmehr sind eine Reihe von Grundkonzeptionen von Krankheit und Heilung über Jahrhunderte in der Ideengeschichte der Medizin parallel präsent, wobei sich die jeweils dominierenden Vorstellungen ablösen (vgl. Schölmerich 1988, S. 4). Auch ist die Deutung von Krankheit von jeher in hohem Maß Ausdruck des vorherrschenden Weltbilds. So reflektieren die jeweiligen Krankheitskonzeptionen die Vorstellungen archaischer und mystischer Weltdeutungen wie später auch der Religion¹⁰. So wurde Krankheit in Abhängigkeit des jeweiligen kulturellen Überbaus entweder als Besessenheit von Dämonen, als Ausdruck magischer Kräfte oder als Strafe Gottes gedeutet (vgl. Rothschuh 1978, S. 46f.)¹¹. Auch die Figur des Arztes in seinem jeweiligen gesellschaftlichen Kontext ist so vielfältig und abwechslungsreich wie die menschliche Kulturgeschichte. Als Magier und Schamanen entsprachen sie dem „animistisch-intuitiven Denken archaischer Kulturen“ (Nager 1999, S. 154). Bei den hippokratischen Medizinern gingen ärztliche Kunst und die philanthropisch-einfühlsame Rolle des Arztes „als Freund“ (ebd.) untrennbar Hand in Hand. Bei Sokrates und Plato spielte der „kommunikative und dialoggewandte doctor“ (ebd.) die zentrale Rolle. Später hat die Heilkunde jeweils das Weltbild großer Kulturreligionen übernommen, in denen Ärzte auch „priesterliche Züge“ (ebd.) trugen. Im Christentum der Frühzeit und des Mittelalters war der Arzt in erster Linie „barmherziger Samariter“ (ebd.).

¹⁰ Der Medizinhistoriker Rothschuh (Rothschuh 1978) zeigt dies eindrucksvoll auf.

¹¹ Das deutsche Wort „Pein“ entstammt so auch dem lateinischen Ausdruck für Strafe („Poena“).

Aus der Vielzahl der Vorstellungen und Paradigmen, die die Medizin im Laufe der Menschheitsgeschichte prägten, ist die Ende des 18. Jahrhunderts entwickelte Naturphilosophie nach Schelling als direktes Vorläuferkonzept der naturwissenschaftlich basierten Medizin zu erwähnen. Dieses vorwissenschaftliche Konzept der Medizin ist geeignet zur Verdeutlichung des radikalen Bruchs, den der Einzug naturwissenschaftlichen Denkens in die Medizin bedeutet und der unsere Vorstellungen von Krankheit, Natur und Menschsein in nachhaltigster Weise prägt. In der auch als „vitalistische Medizin“ bezeichneten Ausrichtung wird der Mensch im Rahmen eines theoretisch-abstrakten, ganzheitlich angelegten Gedankengebäudes in einem dynamischen Verhältnis zwischen den Kräften der Natur und seines Innenlebens konzipiert. Die aus der Naturphilosophie für die Medizin abgeleiteten therapeutischen Konzepte, z. B. das „Brownsche System“ (vgl. Rothsuh 1978, S. 342f.), müssen als wirkungslos eingestuft werden und entbehren aus der heutigen Perspektive jeglicher empirischer Grundlage. Von den Vertretern der wissenschaftlichen Medizin des beginnenden 20. Jahrhunderts (Helmholtz, Naunyn, Virchow) wurde die vitalistische Medizin als „Spekulative Medizin“ abgewertet, deren Überwindung zugunsten einer wissenschaftlich-rational ausgerichteten Medizin gefeiert (vgl. Anschütz 1987, S. 22).

1.2 Einzug naturwissenschaftlichen Denkens in die Medizin im 19. Jahrhundert und Entwicklung des biomedizinischen Modells als Leitbild ärztlichen Handelns

Im Anschluss an diese den komplexen Gegenstand der antiken Heilkunst, die das Leitbild der Medizin bis ins 18. Jahrhundert maßgeblich prägte, notwendigerweise verkürzende Darstellung, wird im Folgenden der Verwissenschaftlichungsprozess ärztlichen Handelns durch das naturwissenschaftliche Paradigma detaillierter zu betrachten sein. Nachvollzogen werden kann anhand dieser Rückschau auf die sukzessive Verwissenschaftlichung und Technisierung der ärztlichen Praxis die Bildung des ideologischen Fundaments der modernen ‚High-Tech-Medizin‘, wie auch die Verdrängung von Elementen, die sich nicht in eine dieser entsprechenden Selbstkonzeption fügen.

Der Beginn einer naturwissenschaftlich fundierten Medizin ist ca. Mitte des 19. Jahrhunderts anzusetzen. Ihr theoretischer Bezugsrahmen entwickelte sich jedoch im Zuge der okzidentalen Rationalisierung seit dem 17. Jahrhundert (siehe dazu B 1.), in welchem u. a. mit Sydenhams Ansatz zu einem System der Krankheiten und der Entwicklung einer empirisch begründeten rationalen Therapie für viele Krankheiten die ersten Schritte zu einer empirischen Fundierung

der Medizin getan wurden (vgl. Schölmerich 1988, S. 4). Das Ziel führender Mediziner dieser Zeit war es, analog zu den Naturgesetzen Gesetzmäßigkeiten der menschlichen Natur zu entdecken. Anhand von christlich orientierten Medizinern und naturphilosophischen Ärzteorganisationen lässt sich nachvollziehen, dass die Einbettung der Naturwissenschaften in religiöse und philosophische Grundfragen bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts noch keine isolierte Betrachtung des Menschen als bloß „belebte Natur“ zuließ. Zu überwinden war die auf Grundlage religiöser und animistischer Vorstellungen angelegte Ablehnung der Reduktion des menschlichen Organismus auf physikalisch-chemische Vorgänge, die für die meisten Wissenschaftler dieser Zeit eine Barriere darstellte (vgl. Anschütz 1987, S. 28-20). Im Laufe des 19. Jahrhunderts löste sich der beharrliche Widerstand gegen die Übernahme der Deutungsmacht durch die Naturwissenschaften auf, die Medizin wurde schließlich den Naturwissenschaften beigeordnet. Die akademische Medizin sah sich fortan einem „mechanistischen Weltbild verpflichtet“ (Nager 1999, S. 153) und gestaltete auch die ärztliche Ausbildung konsequent nach diesem Gesichtspunkt. So wird im 19. Jahrhundert das Studium der Humanmedizin einem massiven Umbau unterzogen, in dessen Folge naturwissenschaftliche Anteile tradierte geisteswissenschaftliche Elemente der Ärzteausbildung fast vollständig verdrängten¹². Fächer wie Medizingeschichte und - Ethik fristen heute ein kaum beachtetes Randdasein im medizinakademischen Betrieb. In der Folge entfaltete sich eine – aus der heutigen Perspektive als zweiseitig zu bewertende - Entwicklung, im Rahmen derer sich die „Heilkunde zunehmend von der Bevormundung, leider auch von der Befruchtung durch die Theologie und die Philosophie gelöst“ (Nager 1999, S. 153) hat und die nahezu in Vergessenheit geraten ließ, dass die Medizin auch eine „Spielart humanistischer Wissenschaft“ (ebd.) ist. Festzustellen ist die Abkehr der Medizin von anthropologischen Grundfragen, wie sie für die ärztliche Profession seit der Antike charakteristisch waren, die bereits mit Beginn der naturwissenschaftlichen Fundierung der Medizin kritisch begleitet wird¹³.

Zum Bezugspunkt der naturwissenschaftlichen Medizin wird das reduktionistische und mechanistische Menschenbild des „biomedizinischen Modells“, das sich als Grundlage der modernen Medizin etabliert und zum dominanten Konzept der westlichen Medizin wird. Kennzeichnend und namensgebend für dieses ist seine Beschränkung auf physiologische Aspekte und biologische Mechanismen einer Erkrankung sowie die Annahme der uneingeschränkten

¹² So wurde das bis dahin verpflichtende philosophische Vorexamen zugunsten einer rein naturwissenschaftlichen Ausbildung 1861 in Preußen abgeschafft (vgl. Anschütz 1987, S. 39).

¹³ Auch außerhalb der Profession wurde die Frage nach den zu beschreitenden Wegen der Erkenntnis in der Medizin seit dem 18. Jahrhundert intensiv diskutiert, so von Goethe, Schiller, Kant und Novalis (siehe dazu Lohff 1990).

Übertragung von Modellvorstellungen auf die klinische Wirklichkeit. Dieses Leitbild ist als Resultat der Herausbildung des abendländischen wissenschaftlich-rationalen Paradigmas seit der Neuzeit (siehe dazu ausführlicher: B 1.) einzuordnen und wurzelt in der dualistischen Vorstellung Descartes' vom menschlichen Körper als einer nach physikalischen Gesetzen funktionierender Maschine. Im Rahmen dieses „Maschinenmodells“ wird Krankheit als Defekt einzelner Organe konzipiert, wodurch eine Sichtweise auf den Menschen entsteht, in der die Einheit des Körpers sowie auch die Einheit von Körper und Seele aufgehoben wird (vgl. Weishaupt 1994, S. 240-246). Als dem Modell zugrundeliegende Annahme muss die Gleichsetzung von toter und belebter Natur hinsichtlich ihrer naturgesetzlichen Determinierung durch Kausalgesetze gelten, wie hier von Virchow zum Ausdruck gebracht: „Die neueste Medizin hat ihre Anschauungsweise als die mechanische, ihr Ziel als die Feststellung einer Physik der Organismen definiert. Sie hat nachgewiesen, dass Leben nur ein Ausdruck für eine Summe von Erscheinungen ist, deren jede einzelne nach den gewöhnlichen, physikalischen und chemischen (d.h. mechanischen) Gesetzen vonstatten geht“ (zitiert in: Schölmerich 1988, S. 7). Induziert wird durch diese Vorstellung die Segmentierung des menschlichen Körpers auf dem Wege eines kausal-analytischen Vorgehens. Die menschliche Natur wird so zum Objekt der sich über die „Zergliederung des Organismus in seine Teilstücke und Elemente“ (Rothschuh 1978, S. 417) vollziehenden rationalen Analyse. Der Medizinhistoriker Rothschuh, der eine umfassende Darstellung der Entwicklungsgeschichte der Medizin seit der Antike geleistet hat, benennt das dominante Modell der modernen Medizin mit dem Terminus „iatrotechnisches Konzept“ als „eine nach der Denk- und Arbeitsweise der Technik denkenden und vorgehenden Medizin“ (ebd.).

Rothschuh datiert die Genese des Leitbilds des iatrotechnischen (bzw. biomedizinischen) Modells auf ca. 1840 (vgl. ebd., S. 417f.). Als Folge des Paradigmenwechsels in der Medizin wird die Unwissenschaftlichkeit bis dato gültiger Erklärungen für Krankheit zunehmend angeprangert. Erklärungen jenseits kausal und gesetzesmäßig formulierter Aussagen verlieren zu diesem Zeitpunkt relativ plötzlich an Legitimation. „Es herrscht die Raison de la mathématique, die logisch-analytische Denkweise“ (Nager 1999, S. 153). Das naturwissenschaftliche Erkenntnisideal mit den zwei zentralen Komponenten „Experiment“ und „Messung“ wird zum Königsweg der Medizin (vgl. ebd.). Vor allem in Deutschland setzt sich – im Gegensatz zu Frankreich – um Virchow eine stark an naturwissenschaftlicher Kausalität orientierte Strömung durch (vgl. Rothschuh, S. 425), die den Geltungsanspruch alternativer Konzeptionen zurückdrängt. Zu diesem Zeitpunkt überwiegt bereits die Fraktion der naturwissenschaftlich orientierten Mediziner (vgl. ebd., S. 420). Es verfestigt sich die Konzeption von „Krankheit als Betriebsstörung“ (ebd., S. 440), der Zugriff auf den Menschen wird im An-

schluss als „lückenlose Kenntnis zur Reparatur der Kausalzusammenhänge“ (ebd., S. 419) aufgefasst. Ca. 1860/ 1870 hat sich das biomedizinische Organismusbild flächendeckend durchgesetzt (vgl. ebd., S. 428). Deutliche Auswirkung auf die Gestaltung ärztlicher Praxis hat es spätestens gegen Ende des 19. Jahrhunderts (vgl. ebd., S. 420), wobei diesbezüglich ein großer Unterschied zwischen der großstädtischen „Krankenhausmedizin“ (siehe dazu: Göckenjan 1985, S. 214f.) und der privatärztlichen Praxis zu treffen ist, in der bis Ende des 19. Jahrhunderts „das richtige geistige Klima (fehlt)“ (Ackerknecht 1977, zitiert in Göckenjan 1985, S. 218). Elementare Bedeutung für die Verbreitung des naturwissenschaftlichen Arztbilds und den Wandel des „ärztlichen Blicks“ kommt den auf ein neues Fundament gestellten Kliniken des 19. Jahrhunderts zu (siehe dazu: Foucault 1976), als deren Vorreiter die auf Grundlage staatlicher Steuerung ausgebauten Pariser Kliniken, ab 1830 auch die Großkrankenhäuser in Wien, zu betrachten sind (vgl. Göckenjan 1985, S. 215). Erst durch die Institutionalisierung der Krankenbehandlung wurden die Bedingungen für eine neue Form der medizinischen Praxis geschaffen, wie von Göckenjan 1985 in drastischer Form beschrieben wird:

„Die Krankenhausmedizin ignoriert nicht nur die Standards der ‚bed-side-medicine‘, sie verkehrt auch ihre Normen. Dies vor allem durch drei strukturelle Entscheidungen: Durch Objektivierung des Kranken auf seinen autopsierten Körper, durch Säkularisierung der qualitativen Einzigartigkeit des Krankheitsbildes auf gleichförmige Lokalitäten, Organe, Gewebepartien und durch Internalisierung der Ursache der Krankheit bzw. Verkürzung der Kausalitätsketten. (...) Neu ist die schonungslose Untersuchung der Körperbeschaffenheit selbst, die experimentelle Durchdringung und sektorale Auflösung der Körperintegrität. Die alte elektrisierende Neugier nach Monströsitäten und Kuriositäten ist hier auf Dauer gestellt, normalisiert.“ (Göckenjan 1985, S. 216).

Die „neue medizinische Wissenschaft“ wird schließlich „radikales Distinktionskriterium, das jetzt die Medizin in zwei Welten teilen soll“ (ebd., S. 246). Ein die vorherrschende Selbstkonstruktion der medizinischen Disziplin „seitdem sie sich der Führung der Naturwissenschaft anvertrauen konnte“ (Naunyn 1902 zitiert in Anschütz 1987, S. 30) pointierender Satz, auf den sich vielfach bezogen wird (z. B. von Catel 1979, S. 12, Anschütz 1987, S. 30), ist der des Internisten Bernhard Naunyn (1839-1925): „Die Medizin wird eine Naturwissenschaft sein, oder sie wird nichts sein!“ Programmatisch und fortschrittsoptimistisch verkündet Naunyn in seinem Aufsatz den Beginn der „modernen Ära der Medizin“ (1902): Auf dem „richtigen Weg“ sei die Medizin, „solange wir unserer Fahne, der Fahne der Naturwissenschaften, treu bleiben“ (ebd.). Diese Auffassung überwiegt zu Beginn des 20. Jahrhunderts deutlich die gemäßigteren Äußerungen wie z. B. von Helmholtz, der noch 1896 vor einer Überformung der Medizin durch rein naturwissenschaftliche Denkmodelle warnt (vgl. Anschütz 1987, S. 30-31).

1.3 Verwissenschaftlichung der ärztlichen Praxis im 19. Jahrhundert

Darzustellen ist im Folgenden, wie die einzelnen Handlungsfelder der ärztlichen Praxis im 18. und noch bis weit ins 19. Jahrhundert hinein betrachtet wurden. Zu erkennen ist die beginnende Überformung der traditionellen ärztlichen Praxis im Sinne einer Verdrängung etablierter Praktiken durch den naturwissenschaftlichen Ansatz wie auch die Ergänzung und Erweiterung von Erkenntnismöglichkeiten durch Wissenschaft und Technik.

1.3.1 Verdrängung der vorwissenschaftlichen Praxis der Anamnese

Beschwerdeschilderungen und Beschreibungen von Krankheitsverläufen bildeten noch bis ins 19. Jahrhundert die alleinige Grundlage der Diagnostik, die als „symptomatisch“ einzustufen ist (z. B. „böses Faulfieber“, Shorter 1991, S. 20). Die ausführliche und gewissenhafte Anamnese besaß einen entsprechend exklusiven Stellenwert als „eine der wichtigsten Aufgaben der Klinik“ (ebd., S. 29). Das im 18. Jahrhundert praktizierte „Krankenexamen“ vereint vier Grundprinzipien bzw. Strategien zur Genese einer Krankengeschichte, die als charakteristisch für die damalige Methode der rein gesprächs- und beobachtungsbasierten Annäherung an den Kranken betrachtet werden können (vgl. Lachmund 1996, S. 59-60):

1. „Das Prinzip der Individualität“ das verbietet, den Kranken nach einem festen Schema zu beurteilen
2. Die Strategie der „Streuung der Relevanz“, im Rahmen derer „einzelne Artikulationen der Krankheit“ einer „Gesamtkonstellation“ von Symptomen untergeordnet werden
3. Das „Primat des Diskurses mit dem Patienten“ steht für die völlige Zurückhaltung des Arztes im Gespräch mit dem Patienten, der unverfälscht von ärztlicher Intervention und ohne Unterbrechung seine Krankengeschichte schildern soll
4. Die Strategie der „Hervorlockung von Geständnissen“ bezeichnet die geschickte Gesprächsführung des Arztes, der auf diese Weise „heimliche Krankheiten“ erkennen oder Simulanten enttarnen kann.

Diese Art der Visite fand nur im gehobenen privathäuslichen Umfeld statt, während im „Objektivierungsklima“ (Göckenjan 1985) der Klinik des 19. Jahrhunderts bereits die „Vorausset-

zungen für einen Zugang zur Krankheit, der auf Individualisierung, Kontextwissen und ungehindertem Diskurs“ (Lachmund 1996, S. 62) beruht, schwinden.

1.3.2 Einführung der systematischen körperlichen Untersuchung: „Die Kunst des Arztes am Krankenbett“

Die körperliche Untersuchung fiel erst vergleichsweise spät in das Tätigkeitsspektrum des Arztes, galt sie bis Anfang des 19. Jahrhunderts noch als unschicklich¹⁴. Sie beschränkte sich allenfalls auf das Minimum der Betrachtung von Urin und Zunge (vgl. Anschütz 1987, S. 38) und hatte offenbar häufig eher den Charakter einer Kompetenzdemonstration oder vertrauensbildenden Maßnahme als einer tatsächlich erkenntnisgenerierenden Tätigkeit¹⁵. Als großer Fortschritt im Sinne einer modernen wissenschaftlichen Diagnostik erwies sich die Einführung der systematischen körperlichen Untersuchung in die ärztliche Praxis durch die Pariser Schule zu Anfang 19. Jahrhunderts (vgl. Shorter 1991, S. 28; ausführlicher: Porter 2000, S. 308-323). Zuvor wurden bereits erste Ansätze entwickelt, die später in das Repertoire des modernen Arztes eingingen, z. B. wurde die Technik der Perkussion, des Beklopfens der Brustwand, abgeleitet aus der Beobachtung des Klopfens auf Weinfässer, um deren Füllstand zu ermitteln, 1761 vom Wiener Arzt Leopold Auenbrugger erstmal beschrieben, jedoch von den zeitgenössischen Kollegen zunächst nicht anerkannt. Erst durch die führenden Pariser Ärzte wurde die Methode anatomisch fundiert, Auskultation und Perkussion schließlich zu akzeptierten und tragenden Elementen der körperlichen Untersuchung (vgl. Porter 2000, S. 311). Die klinische Beurteilung von Erkrankungen erforderte die umfassende „Schulung der Sinne“¹⁶, um „Aussehen, Geräusche und Gerüche der Krankheiten zu interpretieren“ (ebd., S.

¹⁴ Als erschwerend erwies sich weiterhin der Klassenunterschied zwischen Arzt und seiner tendenziell großbürgerlichen Patientenschaft bis ins 19. Jahrhundert (vgl. Shorter 1991, S. 19).

¹⁵ So heißt es im 1842 im „Ratgeber für Ärzte“: „Man versäume nie, den Puls zu fühlen, den Urin und die Zunge zu besehen. Dies sind die drei Dinge, auf welche jeder Kranke Gewicht legt. Selbst wo Sie es nicht nöthig finden, thun Sie es, denn Sie gerathen sonst in den Verdacht, das Wichtigste zu übersehen.“ (zitiert in: Shorter 1991, S. 19).

¹⁶ So wird die klinisch-diagnostische Arbeit des Arztes Ende des 19. Jahrhunderts in erster Linie über Vorgänge der Sinneswahrnehmung bestimmt: „Der Geruch ist die feine Seele der klinischen Praxis: Seine Sprache weckt auf dunkle Weise im Geiste des Arztes die erste Ahnung von der Diagnose und stachelt, man weiß nicht wie, das Interesse des intimen Beobachters an. Dem Mediziner, wenn er einmal darin Übung gewonnen hat, beben ständig die Nüstern beim Versuch, die mysteriösen Entsprechungen und geheimen Verwandtschaften der Geruchssymptome zu vermerken, die er in der Vielfalt ihrer unzähligen Nuancen erhascht“ (Kathan 2002, S. 104).

315). Es entwickelte sich die „Kunst des Arztes am Krankenbett“, mithilfe derer ein Teil der Krankheiten nun schon vor Ort ausgeschlossen werden konnte.

1.3.3 Technikgestützter Ausbau der Diagnostik

Im 19. Jahrhundert wird der Arzt allmählich zum Techniker (vgl. Rothsuh 1987, S. 431). Zum primären Feld der Intervention durch medizintechnisches Gerät wird die Diagnostik. Die Abwendung vom äußerlich sinnlich Wahrnehmbaren hin zu innerkörperlichen Vorgängen bedingte deren Sichtbarmachung durch medizintechnische Messgeräte. Die Erkenntnismethode messender Verfahren im Sinne der Quantifizierung und Objektivierung des Erkenntnisgegenstands fügt sich bruchlos in einen Zeitgeist, der durch die Erfindung verschiedenartigster Messgeräte geprägt ist. Vorläufer der heute gebräuchlichen medizintechnischen Geräte werden teils durch Zufälle erfunden, erprobt und weiterentwickelt. Sie ergänzen nach und nach die klinische Praxis, wie im Fall der Weiterentwicklung der Methode der Auskultation durch die Erfindung des Stethoskops durch den Franzosen Laennec (vgl. Heidel 2008, S. 121), der sein Erleben der gesteigerten akustischen Wahrnehmungsfähigkeit durch den Einsatz eines Hörrohrs im Jahr 1816 beschreibt (vgl. Porter 2000, S. 311-312). Aus erkenntnistheoretischer Perspektive ist das Stethoskop als „erste erfolgreich durchgesetzte Repräsentationspraktik der modernen Medizin“ (Kathan 2002, S. 106) zu betrachten, indem das Geräusch als das „äußere Zeichen einer im Körperinneren verborgenen pathologischen Wirklichkeit“ (Lachmund 1996, S. 62) Relevanz erhält. Realisiert wurde hiermit eine neue Ebene der Objektivierung, durch welche eine „von der Erzählung des Patienten unabhängige Beschreibungsebene des Körpers“ (Kathan 2002, S. 106), die als verlässlicher eingestuft wird, Eingang in die ärztliche Praxis fand (vgl. Lachmund 1996, S. 76). Nicht mehr nur Leichen, auch der lebende Mensch wurde nun Gegenstand der wissenschaftlich-technischen Durchdringung seiner physischen Materie, mehr dem Geräusch und weniger den „Erfahrungen des Kranken“ Bedeutung beigemessen (vgl. ebd., S. 63). Als Unterstützung und Erweiterung der Sinnesorgane bildet das Stethoskop den Ausgangspunkt zur technischen Ergänzung und späteren weitgehenden Substitution der ärztlichen Sinneswahrnehmung sowie der gleichzeitigen Verschiebung der technikinduzierten Aufmerksamkeit vom Patient zur Krankheit (vgl. Porter 2000, S. 313) und schließlich generellen Distanzierung vom Patient (vgl. Kathan 2002, S. 105). Zunächst „kulturelle Hervorbringung der Pariser Krankenhausmedizin“ gehört in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts „die stethoskopische Untersuchung zum Standardrepertoire der gesamten medizinischen Profession“ (Lachmund 1996, S. 69). Im Verbund mit der in den Folgejahren systematisch betriebenen präzisen Beschreibung pathologischer Geräusche von Lungenerkrankungen gelingt

die Integration der technisch generierten Erkenntnisse in klinische Krankheitsbeschreibungen (vgl. Anschütz 1987, S. 38), auf deren Grundlage die genauere klinische Differenzierung von Atemwegserkrankungen möglich wird (vgl. Shorter 1991, S. 28).

Ab ca. 1830, das auch das Jahr der Erfindung des Mikroskops ist, sind deutliche Fortschritte im Bereich der Untersuchungstechniken zu verzeichnen (vgl. Anschütz 1987, S. 39). Der gesamte menschliche Organismus wird zum Gegenstand messender Verfahren. Dies nicht ohne kritische Beobachtung von Medizinern, die eine Grundskepsis gegenüber der Übertragung naturwissenschaftlicher Prinzipien auf die lebendige Natur bzw. gegenüber der technischen Unterstützung oder gar Substitution der sinnlichen Wahrnehmung noch nicht ablegen. So 1834 bei der Ersterprobung des Thermometers: „Mit dem Thermometer kann man zwar den Grad der Körpertemperatur erkennen, es ist aber ganz und gar ungeeignet, um die anderen Qualitäten der krankhaften Wärme zu erfassen“. Der originär menschlichen Wahrnehmungsfähigkeit wird (noch) mehr getraut: „Das beste Instrument, welches der Arzt anwenden kann, bleibt demnach seine Hand“ (Chomel zitiert in Rothschiuh 1978, S. 421¹⁷).

Mitte des 19. Jahrhunderts kommen wesentliche Impulse vor allem aus Frankreich und aus Wien, wo vor allem durch den „obsessivsten Sezierer“ (vgl. Porter 2004, S.111) Rokitansky wichtige Zusammenhänge pathologischer Entwicklungen erkannt wurden. Es entsteht die „anatomisch-klinische Methode“, die im „Krankenblatt“ Symptome und Krankheitsursachen zusammenführt und zum Fundament der systematischen Diagnostik wird (vgl. Anschütz 1987, S. 41). Der Übergang der „traditionellen“ zur „modernen“ Medizin kann in Übereinstimmung mit vielen Medizinhistorikern etwa zeitgleich bestimmt werden.

Mit den 1870er Jahren kommen Messgeräte zum Zweck der Diagnostik flächendeckend in der ärztlichen Praxis zum Einsatz (vgl. Rothschiuh 1978, S. 433-435). Weiterer Fortschritt im Bereich der Diagnostik, so durch die Endoskopie im Jahr 1878 (vgl. Heidel 2008, S. 121), ermöglicht die präzisere Benennung von Krankheitsphänomenen, deren Behandlung jedoch noch geraume Zeit weit hinter den diagnostischen Möglichkeiten zurückblieb¹⁸. Auch er-

¹⁷ Zum Für und Wider in Bezug auf das lange Zeit sehr umstrittene Thermometer äußert sich der Arzt Wunderlich (1868): „Es könnte leicht dahin kommen, dass ein wärmemessender Arzt die Berücksichtigung anderer, gleichfalls wertvoller Zeichen vernachlässigen werde. Von geübten Praktikern kann der Einwurf gemacht werden, dass sie des Thermometers nicht bedürfen, da ihre Hände eine so feine Empfindlichkeit erworben haben, dass sie zur Schätzung der Wärme jedes Instrument ersetzen. (zitiert in Rothschiuh 1978, S. 433).

¹⁸ In dieser als „therapeutischer Nihilismus“ (Shorter 1991, S. 39) bekannten Phase wurzelt die noch heute verbreitete Fixierung auf den vielfach noch immer als Kern der ärztlichen Kunst begriffenen Bereich der Diagnostik („Der Ehrgeiz des Klinkers bestand primär darin, die Sektionsdiagnose möglichst genau vorauszusagen“, Groß 1992, S. 298), auf den sich der „Ruhm der wissenschaftlichen

schwerte der nach wie vor von tradierten Vorstellungen geprägte Zeitgeist in einigen Fällen die Anerkennung und therapeutische Nutzbarmachung einiger bahnbrechender Erkenntnisse, wie das Beispiel der ursächlichen Aufklärung des Kindbettfiebers 1848 in Wien durch Semmelweis belegt¹⁹. Mit der Entdeckung der Röntgenstrahlen 1895 erschloss sich schließlich eine „neue Dimension“ der Körperbetrachtung (vgl. ISF et. al 1994, S. 9). Um 1900 können auf Basis der Kenntnis physiopathologischer Zusammenhänge Differentialdiagnosen für eine Vielzahl von Krankheiten entwickelt werden (vgl. Shorter 1991, S. 39). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts verfügt die ärztliche Praxis mit der Röntgentechnik, der Elektrokardiographie (EKG, 1903) sowie der Narkosetechnik bereits über leistungsstarke Methoden. Die Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der bildgebenden Verfahren ergänzte die ärztliche Praxis mit den im 20. Jahrhundert entwickelten Techniken der Computertomographie und der Sonographie, die den Zugang zum einzelnen Organ eröffneten. Die bis dato nur erträumte Durchleuchtung und Vermessung des menschlichen Körpers wurde Realität, das ärztliche Handlungsrepertoire durch die Fähigkeiten und Kompetenzen im Bereich des technischen Wissens, Könnens und Geschicks ergänzt.

1.3.4 Erfolge wissenschaftsbasierter Medizin: Vom „therapeutischen Nihilismus“ zur kausalen Therapie

Ärztliches Streben richtete sich von jeher auf das therapeutische Handeln- diese Ausrichtung muss schon mit den Namen Hippokrates verknüpft werden (s. o., vgl. Anschütz 1987, S. 33). Erste Ansätze zu einer Therapie auf Grundlage naturwissenschaftlicher Erkenntnisse sind Anfang des 19. Jahrhunderts zu verzeichnen, prägend für diese Zeit war jedoch das Fehlen einer einheitlichen „Schule“ bzw. die Existenz konkurrierender therapeutischer Strömungen, u. a. der im Entstehen begriffenen Homöopathie. Vorherrschend angesichts der unbefriedigenden therapeutischen Effizienz der dem Bereich der Heilkunde zuzurechnenden Verfahren (vgl. Otte 1995, S. 16) war eine nachvollziehbare Aufgeschlossenheit gegenüber einer Wissenschaftsfundierung der Therapie, die mit Blick auf beeindruckende Fortschritte in den Naturwissenschaften vielversprechend erschien (vgl. Rothsuh 1978, S. 420-421). Erfolge im

Medizin“ (Göckenjan 1985, S. 219) primär bezieht, während das Feld der Therapie lange Zeit in dessen Schatten stand.

¹⁹ Semmelweis wurde aufgrund seiner Entdeckung der Infizierung von Frauen in einer Wiener Geburtsklinik durch die behandelnden Ärzte stark angefeindet, ihm lange wissenschaftliche Anerkennung versagt.

Bereich der wissenschaftsfundierten Diagnostik schlugen sich mit einiger Verzögerung auf das Feld der Therapie nieder. Unsicherheiten in Bezug auf Krankheitsursachen konnten ab Mitte des 19. Jahrhunderts sukzessive auf Grundlage eines wachsenden Theoriewissens abgebaut werden. Empirische, d. h. auf Beobachtung des Behandlungserfolgs am Krankenbett gestützte Therapie wurde durch die naturwissenschaftlich begründbare Therapie ergänzt bzw. verdrängt (vgl. Rothschuh 1978, S. 440). Dem kausalen Denkansatz entsprechend wird die kausal-ätiotrope Therapie (vgl. ebd., S. 443f.) zur dominanten Methode der modernen Medizin, basierend auf sich naturwissenschaftlicher Methoden bedienender Nachweisverfahren, wie z. B. der Keimtheorie, die Pasteur 1857 endgültig nachweisen konnte (vgl. Porter 2004, S. 120). Virchows Zellulärpathologie (1858) und die Bakteriologie Kochs (1882) revolutionierten das Verständnis der Funktionsweise des menschlichen Organismus und bilden bis in die Gegenwart das Fundament der modernen Medizin. Krankheitsverläufe wurden als pathophysiologische Prozesse begreifbar und Leben als „Ausdruck für eine Summe physikalischer Erscheinungen“ (Virchow 1845, zitiert in Rothschuh 1978, S. 429) der wissenschaftsbasierten Steuerung prinzipiell zugänglich. Erfolge der naturwissenschaftlichen Methode wirkten sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts schließlich stärkend auf die Handlungsfähigkeit des Arztes aus (vgl. Anschütz 1987, S. 50-51). Als „therapeutische Lenkung der gestörten Lebensprozesse“ (Rothschuh 1978, S. 418) wird ärztliches Handeln auf dem Fundament der wissenschaftlichen Präzisierung von Krankheitsbildern zunehmend erfolgreich. So konnte auf Grundlage der „explosionsartigen Erweiterung pharmakologischer Möglichkeiten“ (Anschütz 1987, S. 51) der „therapeutische Nihilismus“ im Rahmen eines verzögerten Niederschlags auf das Feld der Therapie in den 1930/ 40er Jahren (vgl. Schölmerich 1988, S. 6) endgültig überwunden werden. Einen weiteren Durchbruch therapeutischer Wirksamkeit markiert die Entdeckung des Penicillins bzw. die Markteinführung der Antibiotika 1943 als Revolution im Bereich der Bekämpfung der Infektionskrankheiten, durch welche die Sterblichkeitsrate drastisch gesenkt werden konnte. Durch die im zwanzigsten Jahrhundert weiter expandierenden operativen, pharmakologischen und medizintechnologischen Eingriffsmöglichkeiten wird die Natur des Menschen zunehmend beherrschbar- in einem Ausmaß, die den (sozial konstruierten) reduktionistischen Zugang zum Menschen angesichts überwältigender therapeutischer Erfolge in den Hintergrund treten lässt. Zum „Stereotyp des Arztideals“ wird der wissenschaftliche Arzt, „d. h., der nach den je gültigen, als interkommunikabel geltenden Schulsichten vorgehende Arzt“ (Göckenjan 1992, S. 120), der sich primär über die Verfügung über objektives Wissenschaftswissen definiert²⁰. Das „wissenschaftsorientierte Selbstbild“

²⁰ Göckenjan stellt dem neuen wissenschaftlichen Arztypus das Stereotyp des Arztes als „Heilkünstler“ gegenüber, als dessen Stärken er „Einfühlungsvermögen“ und „Intuition“ nennt und der sich auf

des Arztes (Göckenjan 1992, S. 123) korrespondiere mit neuem Selbstbewusstsein, enormem Prestigegewinn und sozialem Aufstieg (vgl. Shorter 1991, S. 45) während die Selbstdefinition durch die ärztliche Ethik zunehmend in den Hintergrund rücke (vgl. Göckenjan 1992, S. 119). Der Arzt wird zum handlungsmächtigen Mediziner des modernen verwissenschaftlichten Zeitalters.

1.4 Die Beschränkungen des „medizinischen Blicks“

Die Entwicklungen der modernen verwissenschaftlichten Medizin sind in verschiedener Hinsicht als äußerst folgenreich zu betrachten. So ging zunächst mit der wissenschaftsbasierten Ausdifferenzierung des medizinischen Spektrums die Entstehung des Spezialistentums einher, das sich an der großen Anzahl heute bestehender medizinischer Subdisziplinen und Spezialgebiete eindrucksvoll nachvollziehen lässt. Die Aufteilung der Medizin in Fachgebiete in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, beginnend mit der Abspaltung der alsbald sehr erfolgreichen Chirurgie von der Inneren Medizin, zog die Begründung weiterer Spezialdisziplinen sowie deren professionelle Organisation in Form von Fachgesellschaften nach sich, so zuerst durch die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 1882 (vgl. Schipperges 1981, S. 49). Diese Ausdifferenzierung wurde bereits früh als Entfernung von der „Einheitsidee des menschlichen Organismus“ (Anschütz 1987, S. 53) bzw. als „Zerfall in konkurrierende Heilkunden“ (Schipperges 1982, S. 67) kritisch konnotiert. Der Entwicklungstrend vom alten „Generalisten“ zum Spezialisten setzt sich im 20. Jahrhundert fort und manifestiert sich in der organisatorisch vorteilhaften, jedoch den Patienten einer weiteren Partialisierung aussetzenden Bildung von spezialisierten Einheiten in den großen Kliniken (vgl. Anschütz 1987, S. 59). Als Nebenfolge der hierdurch möglich werdenden erfolgreicherer und effizienteren Krankheitsbearbeitung ist der vielfach beklagte Verlust einer ganzheitlichen Sichtweise auf

„nicht-objektivierbare Qualitäten“ berufe (vgl. Göckenjan 1992, S. 120). Göckenjan fügt jedoch an, dass die Selbstkonstruktion des „neutralen Fachmanns nicht mit der Situation des Praktikers übereinstimmt“, sich vielmehr deutliche Brüche zwischen den neuen „Objektivitätsanforderungen“ und dem „traditionellen Selbstbild“ feststellen lassen. In der Praxis sei weiterhin die „Kunst ausschlaggebend“ (ebd., S. 123). So bezeichnet es Göckenjan als „kein Zufall, dass sich auch noch zur Zeit der wissenschaftlich verpflichtenden Medizin um 1900 vielfältige Hinweise auf das ‚echte Arzttum‘, dem nur mir Menschenliebe und Güte und Intuition ausgerüsteten Künstlerarzt auffinden lassen“ (Zitat: Jakobowitz 1934). Denn ‚Wissenschaft‘ ist jetzt eine Angelegenheit der Universitätskrankenhäuser; berühmte Professoren können es sich leisten, ‚wissenschaftlich‘ vorzugehen, aber der durchschnittliche Praktiker steht wie immer in ambivalenten Situationen, Verhaltensunsicherheiten und unter Konkurrenzdruck.“ (ebd., S. 120).

den Patienten durch dessen Betreuung durch eine Vielzahl von spezialisierten Medizinerinnen – anstelle des „alten“, für alle Belange zuständigen Hausarztes - zu betrachten.

Mit der Entwicklung der Medizin zu einer naturwissenschaftlichen Disziplin einher geht die Etablierung eines neuen ärztlichen Leitbilds, das den Arzt als „kenntnisreichen, nüchtern-rationalen naturwissenschaftlichen Experten“ (Nager 1999, S. 153) stereotypisiert. Auch ist neben der Verfügung über Handlungsmacht verleihendes wissenschaftliches Wissen auch der fulminante Einzug von Technik (siehe dazu A 2.) als Einflussfaktor auf die professionelle (Selbst-) Konzeption des Arztes nicht zu unterschätzen. Während der Arzt in traditionellen Gesellschaften in der Nähe philosophischer, mystischer oder religiöser Kontexte lokalisiert wurde, mutiert er in der naturwissenschaftlichen Medizin mit seinem „technisch-apparativ-pharmazeutischen Sachverstand“ zum „modernen Heilingenieur“ (Nager 1999, S. 154). Nicht zuletzt auf Grundlage seiner wissenschaftlich-technischen Fähigkeiten und der hieraus resultierenden neuen Möglichkeiten der Krankheitsbekämpfung wird der Arzt zum vielzitierten (und zunächst kritiklos akzeptierten) „Halbgott in Weiß“ (Shorter 1991, S. 41).

Verdeutlicht werden soll zunächst mit Rekurs auf Foucaults „Geburt der Klinik“, dass „die Einführung des naturwissenschaftlichen Denkens in die Medizin eine völlig neue Sichtweise in der Medizin (bedeutete)“ (Murrhardter Kreis 1990, zitiert in Badura 1996, S. 35), die mit Foucaults „Archäologie des medizinischen Blicks“ historisch im Zusammenhang mit der Begründung der Kliniken des 19. Jahrhunderts als Ort der Genese und anschließenden Verbreitung einer durch wissenschaftliche Reduktion gekennzeichneten Sichtweise auf den Patienten verortet werden kann. Foucault beleuchtet hierin die mit der Institutionalisierung der Krankenversorgung einhergehende Hinwendung des Arztes zu einer neuen Form „medizinischer Rationalität“ (vgl. Foucault 1985, S. 10-11), die „eine wesentliche Mutation im medizinischen Wissen produziert“ (ebd., S. 16) habe. So beschreibt Foucault in seiner Analyse der Durchsetzung des „medizinischen Blicks“ unter anderem den Bedeutungsverlust der Kategorien „Wahrnehmung“ und „Erfahrung“ als direkte Folge des wissenschaftlich-technischen Fortschritts und des hiermit verbundenen Perspektivenwechsels vom „Sichtbaren“ zum „Unsichtbaren“ (ebd., S. 10-11) bzw. der Dominanz des visuell Wahrnehmbaren. Hierdurch würde „der Raum der Erfahrung“ „mit dem Bereich des aufmerksamen Blicks identisch“ (ebd., S. 11) werden, der zum Maßstab gültiger Erkenntnis wird („Das Auge braucht mit seinem Blick nur noch sein angestammtes Recht auf die Wahrheit durchzusetzen“, ebd., S. 19). Die Klinik – mehr Konzept als eigentlicher physischer Ort („eine bestimmte Methode der systematischen Präsentation und Anordnung der schon erkannten Wahrheit“, ebd., S. 75) - wird bei Foucault als Geburtsstätte des Ideals des distanzierten, affektneutralen Blicks erkennbar.

Schlaglichtartig soll im Folgenden auf die „Gefahren“ der Formung des ärztlichen Blicks im Sinne eines naturwissenschaftlichen „medizinischen Blicks“ sowie die diesem immanenten Beschränkungen hingewiesen werden. Trotz ihrer Erfolge muss die „moderne, heiltechnisch verkürzte Idee des Arztes“ offenbar als „zwiespältig“ betrachtet werden. Hiermit soll dem rationalen Vorgehen im Sinne der messenden und quantifizierenden Naturwissenschaften seine Berechtigung im Rahmen der medizinischen Forschung sowie vieler Aspekte der ärztlichen Tätigkeit keineswegs abgesprochen werden. In den Fokus der Kritik zu nehmen ist vielmehr der hiermit einhergehende Totalanspruch auf Gültigkeit in puncto Erkenntnisgewinnung sowie seine unhinterfragte und uneingeschränkte Übertragung auf die ärztliche Praxis, das ärztliche Handeln am Krankenbett und die Interaktion mit dem Patienten.

1.4.1 Überbewertung des Kausalitätsprinzips und kausalanalytischen Problemlösens

Mit der Etablierung des Kausalitätsprinzips in der Medizin wird kausalanalytisches Problemlösen zur zentralen Maßgabe ärztlichen Vorgehens. „Seine Heiltechnik, die im Menschen vorzüglich physikalisch-chemische Abläufe wahrnimmt, ist das folgerichtige Produkt seines mechanistischen Weltbilds“ (Nager 1999, S. 154). Das Ursache -und- Wirkungsprinzip der Naturwissenschaften werde hierbei in der menschlichen Natur systematisch überschätzt. So vernachlässige die Übertragung monokausaler Zusammenhangsstrukturen auf die Medizin, dass hier zumeist plurikausale Verknüpfungen vorliegen (vgl. Schölmerich 1988, S. 8), deren Wirkungen auf den Organismus auch unspezifischer Natur sein können (vgl. Badura 1996, S. 39). Die Zugrundelegung strenger Ursache-Wirkungsbeziehungen erweise sich z. B. bei der Bekämpfung chronischer Erkrankungen und diffuser somatischer Erkrankungen, deren Anteil an der Summe der Gesamterkrankungen hoch und weiterhin zunehmend ist, als wenig erfolgreich (vgl. Francke 1994, S. 4). Festzustehen scheint, dass der Determinismus des naturwissenschaftlichen Kausalprinzips, adäquat zur Erfassung und Beschreibung von Naturgesetzen, offenbar nicht uneingeschränkt auf die menschliche Natur appliziert werden kann.

1.4.2 Reduktion des Erkenntnisinteresses auf Mess- und Berechenbares

Durch die Fokussierung auf kausallogisch definierte Aspekte des Krankheitsgeschehens nimmt die wissenschaftsbasierte Medizin vorwiegend quantifizierbare Zusammenhänge in

den Blick. Hiermit einher gehe eine Überbewertung von „harten Daten“ gegenüber „weichen“ Informationen (vgl. Anschütz 1987, S. 183). Insbesondere die Anamnese in ihren biographischen und lebensweltlichen Bezügen wird hierdurch abgewertet, betroffen ist jedoch auch die nicht-technische körperliche Untersuchung, die keine in diesem Sinne „verlässlichen“ Daten liefert. Die Übernahme des naturwissenschaftlichen „medizinischen Blicks“ kann demzufolge mit einer Ausblendung relevanter Informationen einhergehen. Im Zuge dieser „verobjektivierende(n) Perspektive des Medizinischen Blicks“ (Wettreck 1999, S. 257) erfolge eine „Konzentration auf Organfunktionen“ sowie die „Einengung auf messbare Merkmale dieser Funktionen“ (Feuerstein 1996b, S. 194). Etabliert habe sich, einer besonders prägnanten Zuspitzung folgend, ein „rationalistischer Reduktionismus und jener Messbarkeitswahn, der jede Wirklichkeit ausklammert oder verneint, solange sie nicht berechenbar (...) ist“ (Nager 1999, S. 157).

Zur Orientierungsgröße des kritisch als „Biomechaniker“ (Anschütz 1987, S. 183) bezeichneten ärztlichen Prototyps wird der „Normalwert“. Vernachlässigt werden im Zuge eines einseitig naturwissenschaftlich-reduktionistischen Zugangs nicht nur leib-seelische Wechselwirkungen sowie soziale Aspekte von Krankheit, sondern generell erweist sich aufgrund der oftmals geringen Objektivierbarkeit medizinischer Problemstellungen ein rein quantifizierender Zugang offenbar als unzureichend („Die menschliche Natur ist launisch und hält sich nicht immer an die Standardwerte der Mediziner“, Otte 1995, S. 64). Dies gilt auch für die Aussagekraft technisch generierter Befunde (siehe dazu ausführlicher 2.2.), deren Objektivitätsversprechen irreführend sein kann, wenn zum „Bezugspunkt aller messenden Verfahren nicht der Kranke, sondern ein normierter Durchschnittswert wird, der das Maß der individuellen Abweichungen setzt“ (Kathan 2002, S. 112). Den „Durchschnittspatienten“, wie er vor allem in der evidenzbasierten Medizin zugrunde gelegt wird, gibt es offenbar nicht („Statistics embody averages, not individuals“, Groopman 2007, S. 6).

Die Formel: „Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Befunde“ (Fintelmann 2001, S. 36) beschreibt die Unmöglichkeit einer reduktionistischen, rein auf quantitativen Daten beruhenden Betrachtungsweise des Erkenntnisgegenstands Mensch. Kritische Mediziner konstatieren mit dem „Trend von qualitativer hin zu quantifizierbarer Diagnostik“ (Silomon 1983, S. 22) die „Gefahr der Verkürzung der komplexen Wirklichkeit des Patienten auf Mess- und Berechenbares“ (Nager 1999, S. 161) durch „eine bei manchen Ärzten bis zur Naivität reichende

Zahlen- und Befundgläubigkeit“ (Silomon 1983, S. 22). Diese Kritik ist nicht neu²¹, erscheint jedoch für die moderne Medizin umso zutreffender.

1.4.3 Verlust der Einzelfallorientierung

Die tradierte ärztliche Maxime der klinischen „Einzelfallorientierung“ erfordert die „Anerkennung des Einmaligen im Gegensatz zum naturwissenschaftlich Wiederholbaren“ (Bier 1926, zitiert in Anschütz 1987, S. 177). Dieser Leitsatz „großer“, sich sowohl als Wissenschaftler als auch als Kliniker begreifender Ärzte, dass jeder Kranke „etwas Einmaliges, so nie Dagewesenes, so nie Wiederkehrendes“ (der bekannte Kliniker Max Bürger, zitiert in Groß 1992, S. 296) sei, wird durch die Entwicklungen der radikal verwissenschaftlichten Medizin unterminiert. Aus der Dominanz des verabsolutierten Wissenschaftlichkeitsanspruchs der Medizin resultiert eine Schwächung dieser urärztlichen Handlungsmaxime, indem die Eigenlogik der Praxis durch den wissenschaftlichen Denkstil in den Hintergrund gedrängt wird. So zeichnet sich der Einzelfall in der klinischen Praxis zumeist dadurch aus, dass die vom kausalen Denkmodell verlangten eindeutig determinierenden Faktoren nicht vorliegen (vgl. Anschütz 1987, S. 78), da dieser „nicht in der Anwendung allgemeiner Theorien und Erkenntnisse auf(geht)“ (Marckmann 2003, S. 63). Kritisch wird daher eingewendet, dass statistisch-mathematisch „abgesicherte“ Verfahren zwar Aussagen von hoher Generalisierbarkeit und Exaktheit erlauben, vergessen werde dabei häufig, dass wissenschaftliche Exaktheit nur um den Preis der Abstraktion von individuellen Biographien zu haben ist (vgl. Francke 1994, S. 12). Modellbildung als Strukturierung einer komplexen Realität ist für das ärztliche Handeln unverzichtbar, dieser liegen jedoch zwangsläufig Vereinfachungen zugrunde, die die Individualität der Krankheitserscheinung nivellieren, und sich als „Diktat der Norm“ (Fischer 2001, S. 20) auswirken können. Die Kehrseite der Abwendung vom Individuellen, befördert durch die gegenwärtige Fetischisierung von Metadaten, ist in der medizinischen Praxis als problematisch zu betrachten. Eine Spaltung der Profession wird hinsichtlich dieser Fragestellung beobachtet - sicherlich pointiert ausgedrückt- in „die Einen, die die Ausübung des ärztlichen Berufs als Kunst, die Anderen, (die sie) als Verarbeitung von Fakten betrachten“ (Gross 1992, 296).

²¹ Die Entfernung des Arztes vom Kranken zugunsten einer Datengläubigkeit wird schon lange vor den heutigen Standards des Routinelabors und der evidenzbasierten Medizin z. B. als Ergebnis einer falsch verstandenen Rationalität „zu einer ‚rohen Empirie‘ verflacht“, bereits 1802 als „vielarmiges, doch lahmes Ungeheuer“ (zitiert in: Lohff 1990, S. 25) beschrieben.

1.4.4 Objektivierung des Patienten

Der Prozess der Übernahme des „medizinischen Blicks“ und der „Ideologie der affektiven Neutralität“ wird in den Arbeiten der Tradition der empirischen Krankenhausforschung des 20. Jahrhunderts als sozialisierende Wirkung²² der in Krankenhäusern vermittelten „Geisteshaltung“ (Anschütz 1987, S. 181) auf den angehenden Arzt untersucht. Als herausragende Statuspassage des Erlernens einer entindividualisierenden, objektivierenden Praxis wird häufig der Anatomiekurs (siehe hierzu Bollinger/ Hohl 1981, S. 16-49)²³ hervorgehoben, im Rahmen von dessen „hidden curriculum“ (Badura 1996, S. 47) der Medizinstudent oftmals zum ersten Mal mit einem Patient, charakteristischerweise in Form eines Leichnams, in Kontakt tritt. Der Erwerb von Handlungsfähigkeit wird hierbei in erster Linie als „Gefühlssozialisierung“ (ebd., S. 46) durch die „Objektivierung der Leiche“, „die Transformation in eine Subjekt-Objekt-Beziehung“ (Bollinger/ Hohl 1981, S. 39), veranschaulicht. Über die „Kosten der je individuellen Bewältigung“ (ebd., S. 38) dieser „immensen emotionalen Belastung“ (ebd., S. 39) durch dieses quasi-öffentliche Initiationsritual kann nur gemutmaßt werden. Bollinger /Hohl 1981 sehen im Anatomiekurs den Ort des Erwerbs von für den Arzt notwendigen Voraussetzungen zum Umgang mit Tod, Aggression und Ekel, gleichzeitig den Ausgangspunkt einer als „Deformation“ bezeichneten Entwicklung, die einen objektivierenden und partialisierenden Umgang mit den späteren Patienten begünstigt (vgl. ebd., S. 47)²⁴. Diese bringen sie in Verbindung mit professionstypischen Umgangsformen, die im Hinblick auf die „übersteigerte Technisierung“ und physische Manipulierbarkeit des Objekts Patient als Voraussetzung erscheinen (vgl. ebd., S. 48).

So beinhaltet es das naturwissenschaftliche Paradigma der Medizin – im fundamentalen Unterschied zur Heilkunst der Antike - den Patienten nicht als an seiner Behandlung beteiligtes Subjekt zu verstehen. Statt dem Kranken werde „die Krankheit“ behandelt (vgl. Francke 1994, S. 6) - dies mit Hilfe objektiver Methoden, die die Bedeutung subjektiver Aussagen,

²² In diesem Zusammenhang exemplifizieren Bollinger/ Hohl 1981 anhand ihrer empirischen Beobachtungen in der Psychiatrie „die sozialisatorische Kraft von Institutionen“, die sich als Übernahme professionstypischer Perspektiven, vollzieht und schildern hierbei die „Sozialisationsfunktion von Symbolen (wie dem weißen Kittel), Ritualen (z. B. der Visite), und exemplarischen Situationen (Selbstmordversuch eines Patienten).

²³ Noch stärker akzentuiert werden die Aspekte der Depersonalisierung des toten Menschen durch den medizinischen Blick und die emotionale Belastung des Studenten von Kathan (siehe hierzu: Kathan 2002, S. 140-143).

²⁴ Auf das entlastende Potential des medizinischen Blicks als abgeschlossenen Deutungssystem verweist Wettreck (vgl. Wettreck 1999., S. 163f.)

wie sie die Anamnese darstellt, in den Hintergrund rücken. Neben seinen Auswirkungen auf den Erkenntnisstil hat der „Verlust der ‚Patient-als-Person‘-Orientierung“ (Shorter 1991, S. 51) tiefgreifende Konsequenzen für die Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses, im Rahmen dessen er sich als Entfernung des distanzierten naturwissenschaftlichen Mediziners vom Patienten auswirkt²⁵. Häufig wird argumentiert, dass durch die Verfügung über wissenschaftsbasierte Therapiemethoden die persönliche Prägung des Arzt-Patient-Verhältnisses an Zentralität verliert, da dieses zeitgleich zur Entwicklung effektiver Therapien offenbar deutlich abkühlt. Tatsächlich ist wohl anzunehmen, dass der vorwissenschaftliche Arzt ein enges, durch Empathie und Anteilnahme geprägtes Verhältnis auch als Kompensation für seine therapeutische Handlungsunfähigkeit (vgl. Shorter 1991, S. 41) benötigte. Dennoch scheint es sich, wie die „Krise im Arzt-Patient-Verhältnis“ (ebd., S. 14) im späteren 20. Jahrhundert nahelegt, um einen folgenschweren Irrtum zu handeln, den persönlichen Beziehungsaufbau zum Patienten vernachlässigen zu dürfen- dies auch explizit hinsichtlich einer erfolgreichen Gestaltung des Erkenntnisprozesses.

1.4.5 Objektivität als Norm ärztlicher Erkenntnis - Ausgrenzung des Subjektiven

Ärztliche Erkenntnis sieht sich in zunehmenden Maß mit der Anforderung der Objektivität als Maßgabe für korrekte Erkenntnis konfrontiert. So sei es der modernen Medizin durch die „Einengung auf eine Wissenschaftsmethode, die sich zum Ziel gemacht hat, nur das absolut Objektivierbare zum Gegenstand der Wissenschaft zu machen“, gelungen, die wissenschaftliche Erkenntnismethode zu „dogmatisieren“ (vgl. Fintelmann 2001, S. 29-30) - dies sogar angesichts einer widersprüchlichen und weit komplexeren Praxis: „Ich kann immer nur wieder staunen, wie es dieser modernen Medizin gelungen ist, diese eigenartige Scheinwelt des objektiven Menschseins, Objektivität der Krankheit oder eben auch Objektivität der Therapie aufrecht zu halten, obwohl doch die Praxis ständig dagegen opponiert und uns lehrt, dass es so doch gar nicht ist“ (Fintelmann 2001, S. 30). Infolgedessen bestehe die Neigung, „weniger den Patienten als die Apparate“ zu befragen, die „zeigen, wie es um den Patienten objektiv steht“ (Otte 1995, S. 20).

Die Skepsis vor dem Subjektiven ist offenbar zum Merkmal der modernen Medizin geworden. So ist die Idealisierung der kausal-analytischen Methode direkt in Verbindung zu bringen

²⁵ Schon in den euphorischen Hochzeiten der wissenschaftsbasierten Medizin wird die mangelnde Berücksichtigung der Persönlichkeit des Kranken angemahnt (vgl. Rothschuh 1978, S. 445).

mit dem Akzeptanzverlust von subjektiven Faktoren im Erkenntnisprozess, die vor dem Hintergrund der Norm wissenschaftlich abgesicherten Entscheidens mit Misstrauen behandelt werden (vgl. Feuerstein 1996b, S. 194-195). In den Blick geraten die „Kehrseiten einseitiger Rationalisierung und die damit verbundene Gefährdung menschlicher Fähigkeiten und Leistungen im Diagnose- und Therapieprozess“ (Weishaupt 1994, S. 254), die als legitime Variablen wissenschaftlich-technischen Problemlösens an Akzeptanz verlieren. So ist es nur folgerichtig, dass der Arzt mit Aufkommen des naturwissenschaftlichen Ideals als „nüchtern beobachtend“ und „außerhalb des zu analysierenden Geschehens“ (Anschütz 1987, S. 75) konzipiert wird.

1.4.6 Verdrängung und Abwertung anderer Wissens- und Erkenntnisformen

Die Medizin und ihre jahrtausendealte Tradition wurden vom naturwissenschaftlichen Denkmodell absorbiert und überformt. Die Übernahme der Definitionsmacht durch das System der Wissenschaft in der Medizin verursachte sowohl „hohe Verluste im volkshelkundlichen Wissen und dem der Heilkunst“ als auch eine „generelle Abwertung lebensweltlichen Wissens“²⁶ (Weishaupt 1994, S. 244). Von der gleichzeitigen Ausgrenzung als „vorwissenschaftlich“ gebrandmarkter Erkenntniswege sind die personengebundene Erfahrung wie auch die traditionell hochgeschätzte ärztliche Intuition betroffen, die im Gegensatz zu statistischen Verfahren und experimentellem Vorgehen den Status von schwachen Methoden der Erkenntnis erhalten und gegenüber naturwissenschaftlich-beweisenden Erkenntnismethoden zurückgedrängt werden. Diese Entwicklung verschärft sich mit der Technisierung ärztlichen Handelns: „Mit der ärztlichen Hochachtung vor technisch generierten Untersuchungsmethoden wächst die Tendenz zur Geringschätzung von weichen Methoden wie Intuition und Hermeneutik“ (Danzer 1993, S. 168), die zunehmend als inadäquat betrachtet werden. Als Ergebnis eines langen Wandlungsprozesses habe sich das Bild des Arztes „von einer ursprünglich übermäßigen Dominanz der Intuition (...) über die Jahrhunderte zu einer fast imperativen Vorherrschaft des Denkens hinbewegt“ (Nager 1999, S. 153)²⁷. Insbesondere die „intuitionsfeindliche“ akademische Medizin neige dazu, „jene Aspekte der Heilkunde auszuklammern, welche mathema-

²⁶ Ein Beispiel hierfür ist die Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe (siehe dazu: Böhme 1981)

²⁷ Auf die Grenzen des naturwissenschaftlichen Erkenntnisprinzips verweist Gadamer 1996: „Aber trotz aller Fortschritte, die die Naturwissenschaften für unser Wissen um Krankheit und Gesundheit gebracht haben, und trotz dem enormen Aufwand an rationalisierter Technik des Erkennens und Handelns, der sich auf diesem Gebiet entfaltet hat, ist der Bereich des Unrationalisierten hier besonders hoch“ (zitiert in Dörner 2001, S. 35).

tisch-statistisch nicht fassbar sind. In dieser rationalistischen Einseitigkeit und Intuitionsfeindlichkeit lauert Gefahr. Das ‚intueri‘, das ahnende Anschauen und Wahrnehmen ist ihr fremd, ja suspekt“ (ebd., S. 154). In der Konsequenz werden in der modernen Medizin Methoden, die sich nicht in die Kriterien eines wissenschaftlich-rationalen Vorgehens einordnen lassen, vor dem gültigen Leitbild objektiver Erkenntnis marginalisiert (vgl. dazu auch Weishaupt 1994)²⁸. Die vielfach, wenn auch oftmals einschränkende Anerkennung von Erfahrung²⁹ als wertvollem Gut („Erfahrungsschatz“) kann nur ungenügend kompensieren, dass eine auf Erfahrung basierende Entscheidung in der Hierarchie weit hinter generalisiertes Wissen in Form von kontrollierten randomisierten Studien zurückgestuft wird (vgl. Anschütz 1987, S. 191) bzw., um mit Wagner 1995 zu sprechen, die klinische Erfahrung zur „ungeliebte(n) Irritation für eine Profession, die sich als Wissenschaft begreift“ (Wagner 1995, S. 268), wurde.

Kritik an der wissenschaftlich-theoretischen Ausbildung bezieht sich auch auf die Klinik als Ort der Vermittlung praktischen Könnens, die für eine ausgewogene Vermittlung relevanter Inhalte als gleichzeitiger Lehr-, Forschungs- und Versorgungsbetrieb schwierige Rahmenbedingungen stellt. Die kliniktypische Konzentration auf akute somatische und technisch zu regulierende Störungen sowie vor allem die „unzureichende praktischer Ausbildung am Krankenbett“ (Anschütz 1987, S. 181) sind die häufigsten Vorwürfe an die gängige Ausbildungspraxis. Als Folge einseitiger Fokussierung auf wissenschaftlich-technisches Wissen würden emotionale und soziale Fähigkeiten hingegen kaum vermittelt (vgl. Francke 1994, S. 15). Die „Einseitigkeit ärztlicher Ausbildung auf der Basis so genannter exakter Naturwissenschaft“ (Anschütz 1987, S. 248) wird im Sinne einer wissenschaftlich-rationalen Formung der Arztrolle vielfach negativ beurteilt, wie hier beispielhaft angeführt:

„Unter der Dominanz ihres intellektuellen Geists prägt die akademische Heilkunde ihre Jünger einseitig kortikal. (...) Die Denkfunktion, die kognitiven und memorativen Fähigkeiten werden gedrillt. Dem kordialen, dem intuitiv-emotionalen Gegenpol droht Degeneration. Im eklatanten Mangel an Emotionalität, an Innigkeit, Herzlichkeit, Empathie und Intuition liegt ganz allgemein die Gefährdung unseres technischen Zeitalters mit seinen Krisenerscheinungen.“ (Nager 1999, S. 155)

²⁸ So warnte der Arzt und Philosoph Jaspers 1958 vor einer Ablösung wissenschaftlich-technischen Wissens von den philosophischen Grundfesten der Medizin: „Der Arzt, der auf Grund des naturwissenschaftlich-technischen Fortschritts so Unerhörtes kann, wird zum ganzen Arzt erst, wenn er diese Praxis in sein Philosophieren aufnimmt. Dann erst steht er auf dem Felde der Realitäten, die er kundig gestaltet, ohne sich von diesen Realitäten düpiieren zu lassen. Als stärkster Realist weiß er im Nichtwissen“ (zitiert in Otte 1995, S. 8).

²⁹ Lown charakterisiert die oftmals abschätzig betrachtete Erfahrung in der verwissenschaftlichten Medizin durch die Äußerung seines damaligen Chefarztes: „Allerdings ist Erfahrung der Name, den wir schlechten Urteilen geben.“ (Lown 2002, S. 140).

Soweit eine zuspitzende Darstellung des verwissenschaftlichten „medizinischen Blicks“.

1.5 Evidenzbasierte Medizin als Ausdruck radikaler Verwissenschaftlichung ärztlichen Handelns

Mit der evidenzbasierten Medizin („Evidence-based Medicine“), im Folgenden kurz EbM, als Ansatz zur Stärkung der wissenschaftlichen Grundlagen in der ärztlichen Praxis verbindet sich eine als Radikalisierung der Verwissenschaftlichung der Medizin zu betrachtende Entwicklung. Anfang der 1990er Jahre als „Evidence Based Medicine Working Group“ in Hamilton/Ontario (Kanada) mit der Zielsetzung begründet, „sowohl die Klinik als auch die Gesundheitspolitik mit bester ‚evidence‘ aus klinischer Forschung zu versorgen und hierfür überzeugende und einfach zu handhabende Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen“ (Vogd 2002, S. 296), fand die EbM eine rasche Diffusion in den westlichen Industrieländern (vgl. Vogd 2004a, S. 23). Ausgangspunkt der EbM ist die mittlerweile vielfach als „unüberschaubar“ bezeichnete Datenflut der wissenschaftlichen Forschung, vor deren Hintergrund die evidenzbasierte Medizin mit dem Anspruch antritt, „klinische Praxis auf die jeweils beste ‚externe Evidenz‘ aus kontrollierten wissenschaftlichen Studien zu gründen“ (ebd.), dementsprechend den ärztlichen Entscheidungsprozess mathematisch-statistisch zu fundieren. Das Kernstück der EbM bildet die Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien aufgrund „objektiver Kriterien“ zur Etablierung einheitlicher Behandlungsstandards, die zunächst nur unverbindlichen, empfehlenden Charakter hatten und später zu bindenden und juristisch verankerten Handlungs- und Entscheidungsvorgaben wurden. Die traditionell hohen Freiheitsgrade ärztlichen Handelns, das in seiner berufsrechtlichen Verankerung stark an den Kodex des ärztlichen Ethos angelehnt ist, werden durch die haftungsrechtliche Relevanz von Leitlinien eingegrenzt (vgl. Vogd 2002, S. 298-299). Die formal erlaubte „begründete Abweichung“ wird so für den Arzt zum individuellen Risiko. Wenig verwunderlich entzündeten sich an der evidenzbasierten Medizin als „neue Philosophie der Medizin“ (ebd., S. 311) heftige Debatten, bietet sie einerseits unerfahrenen Ärzten (ethische und kognitive) Entlastung im Sinne einer

Reduktion der Entscheidungskomplexität, stellt sie vor allem für erfahrene Ärzte auch eine Einschränkung ihrer Entscheidungsfreiheit dar³⁰.

Ärztliche Leitlinien werden im Allgemeinen als „sinnvolle und notwendige Entscheidungshilfen zur Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung“ (v. Troschke 2004, S. 113) angesehen. Auch von der WHO wird die EbM unterstützt (vgl. ebd.)³¹. Zur evidenzbasierten Medizin gibt es jedoch mittlerweile eine Vielzahl von skeptischen Stellungnahmen, die jeweils verschiedene Aspekte der EbM betonen. So seien zum einen die methodischen Grundlagen der evidenzbasierten Leitlinien nicht immer gesichert³². Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf „eine ganze Reihe von weitreichenden internen Limitationen“, prominent zu nennen sind hierbei die „Schwierigkeiten der Durchführung interessensneutraler Studien“ sowie der „Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse“ (Ewig 2006).

An dieser Stelle sind in erster Linie die unmittelbar den Problemkomplex einer weiteren Verwissenschaftlichung des ärztlichen Erkenntnisprozesses berührenden Einwände zu reflektieren. Eine grundlegende Feststellung gilt der Tatsache, dass sich in der evidenzbasierten Medizin die langfristige Entwicklung der zunehmenden Dominanz wissenschaftlich generierten Wissens gegenüber subjektbezogenen, nicht-wissenschaftlichen Wissensformen manifestiert³³. Mit der auf statistisch ermittelten Wahrscheinlichkeiten basierenden ‚evidence‘ als Maßzahl klinischer Erfolgswahrscheinlichkeit bildet die EbM ein radikales Gegenkonzept zu den (realiter) in der klinischen Praxis angewendeten Wissensformen und Denkmodellen. So werde durch die „Verabsolutierung dieses Konzeptes von Medizin „die wissenschaftliche und rechtliche Zementierung einer einseitig objektivierten Wahrnehmung von Krankheit“ (ebd.) befördert.

³⁰ Als „soziale Dimensionen der evidence based medicine“ (Vogd 2002, S. 295) haben die Effekte der evidenzbasierten Medizin, so z. B. der als Bruch mit professionellen Merkmalen der Handlungsautonomie zu betrachtende Einschnitt in die tradierte ärztliche Therapiefreiheit, weitreichende Konsequenzen, die als mögliche Tendenz einer Deprofessionalisierung diskutiert werden (siehe dazu B 2.3.2.2.).

³¹ So wird die WHO zitiert: Die Einführung von EbM in die Praxis des niedergelassenen Arztes kann zu einer neuen Kultur führen, in der jeder Arzt Aspekte seines Alltagshandelns selbstkritisch hinterfragen kann und gleichzeitig die Gewähr hat, über die eindeutig belegten Fortschritte seines Fachs auf dem laufenden zu bleiben“ (in v. Troschke 2004, S. 113).

³² Kritisch zu den Qualitätsstandards der medizinischen Metadatenanalysen aufgrund der Uneinheitlichkeit der Datenlage sowie fragwürdiger „methodologischer Taschenspielertricks“ (Vogd 2002, S. 301) und dem nicht zu unterschätzenden „publication bias“ (ebd., S. 302) äußert sich Vogd 2002.

³³ EbM steht hierbei nach Vogd 2002 für die Dynamik, „aktiv den Prozess der ärztlichen Professionalisierung in Richtung zunehmender wissenschaftlicher Rationalität (zu) verändern“ (ebd., S. 311).

Die Auswirkungen der Implementierung von EbM in die ärztliche Praxis sind bislang kaum beforscht. Methoden der Wissensobjektivierung und Handlungsalgorithmisierung bzw. eine durch die Standardisierung von Diagnose und Therapieentscheidungen erreichbare Komplexitätsreduktion mögen angesichts des exponentiell ansteigenden Umfangs theoretischen Fachwissens notwendig erscheinen, im Rahmen einer vielschichtigen und wenig planbaren Praxis ist ihnen jedoch mit einer gewissen Grundskepsis zu begegnen. Allein die Grundgedanken des Konzepts geben Anlass zur kritischen Auseinandersetzung, da durch die EbM typische Spezifika des naturwissenschaftlichen „medizinischen Blicks“ zusätzlich gestärkt, während andere Erkenntnismedien weiter in die Defensive gedrängt werden. So zunächst in der Tendenz der Nivellierung und Objektivierung ärztlichen Wissens, während subjektive Dispositionen wie „persönlicher Stil“ des Arztes als „Ausdruck von Reife und Charakter“ (Vogd 2004a, S. 23) an Legitimation verlieren, letztlich auch die tradierten ärztlichen Leitkonzepte ‚Ärztliche Kunst‘ und ‚Ärztliche Intuition‘ zur Disposition gestellt werden. Diese Attribute, stellvertretend genannt für eine Vielzahl von Umschreibungen einer von heterogenen Wissens- und Erkenntnisformen gestalteten ärztlichen Handlungspraxis, werden durch die EbM zumindest mit einer neuartigen, rationalen Erwartungshaltung an das ärztliche Handeln und Entscheiden konfrontiert. Es wird befürchtet, dass auf diese Weise auch die ärztliche „Eigenverantwortung“ und „der Wagemut, neue Wege zu gehen“ (Ulsenheimer 1998, S. 1, zitiert in Vogd 2002, S. 299) zugunsten eines „Handelns nach Vorschrift“ zurückgedrängt wird (vgl. ebd.)³⁴ - im Extremfall drohe die „technokratische Regression“ (ebd., S. 293)³⁵.

Eine Durchsetzung von evidenzbasierten Entscheidungs- und Therapieprozessen ist auch aus dem Grund kritisch zu hinterfragen, als die Deduktion von statistisch generierten Wahrscheinlichkeiten im Sinne einer Probabilistik die Abstraktion vom Einzelfall bedeutet, die mit der ärztlichen Tätigkeit kaum kompatibel erscheint³⁶. In den Blick gerät das Spannungsfeld der ärztlichen Prämisse der individuellen Fallorientierung und der durch die EbM initiierten Standardisierung des ärztlichen Entscheidungsprozesse, das in der Praxis ein erhebliches „Trans-

³⁴ Nicht verschwiegen werden soll an dieser Stelle, dass es auch Positionen gibt, die in der Einschränkung der ärztlichen Handlungsfreiheit positive Aspekte sehen, so ein „falsches Verständnis“ der ärztlichen Therapiefreiheit zugunsten eines stärkeren informativen Einbezugs des Patienten zu überdenken (Hart in Vogd 2002, S. 299).

³⁵ Auch der amerikanische Arzt und Autor Jerome Groopman wendet sich in seiner episodischen Analyse „How Doctors Think“ gegen eine Überformung unabhängigen ärztlichen Handelns durch Algorithmen: „Algorithms discourage physicians from thinking independently“ (Groopman 2007, S. 5), bzw. die Betrachtung von Ärzten als „well-programmed computers“ (ebd., S. 6).

³⁶ Auch das kausale Denkmodell des naturwissenschaftlichen Paradigmas werde durch die Reduktion des Entscheidungsprozesses auf den klinischen Erfolg als ausschlaggebenden Faktor letztlich ausgehebelt (vgl. Vogd 2004a, S. 24)

ferproblem“ (Vogd 2002, S. 301) erzeuge. Insbesondere erscheint die „Überkomplexität der Situation im Verhältnis zum verfügbaren Wissen“ (Stichweh 1987, zitiert in Vogd 2004a, S. 195) die direkte Übertragung wissenschaftlichen Wissens zu verunmöglichen. Das „Paradox der Statistik - Gültigkeit bei großen Zahlen-Ungewissheit im Einzelfall -“ (Vogd 2002, S. 301) erzeuge ein „erkenntnistheoretisches Problem“ (ebd.), das erneut nur durch personengebundene Expertise und die Möglichkeit der Abweichung vom Standard lösbar erscheint. Im klinischen Einzelfall seien die verfügbaren wissenschaftlichen Daten „kritisch zu bewerten im Hinblick auf ihre Validität, auf ihre klinische Relevanz und konkrete Anwendbarkeit im Einzelfall“ (ebd.), d. h., sie müssen rekontextualisiert und auf den konkreten Fall bezogen werden, wodurch der „dabei ins Spiel kommende subjektive Faktor“ durch „die scheinbare Exaktheit und Objektivität der Rechenoperationen mit Metaanalysen nicht eliminiert“ (ebd., S. 302) werde.

Von Ärzteseite wird daher tendenziell für einen „erfahrungsbegründeten Ermessensspielraum“ (Hoppe 2005) bzw. „statt Programmmedizin - mehr Vertrauen in die ärztliche Urteilskraft“ (ebd.) plädiert. Die von den Protagonisten der evidenzbasierten Medizin proklamierte Beseitigung oder zumindest Reduktion der Unsicherheit klinischer Praxis auf Grundlage evidenzbasierter Empfehlungen ist somit offenbar dahingehend deutlich zu relativieren, dass die externe Evidenz offenbar weiterhin der Ergänzung durch die „interne Evidenz“ (Hoppe 2005) bzw. „Eminenz“ (vgl. Behrens 2003) des Arztes bedarf.

So erscheint letztlich die evidenzbasierte Medizin, nicht im Sinne ihrer Erfinder, in der klinischen Praxis auch als Quelle neuer Unsicherheiten auf und reiht sich somit, gemeinsam mit dem Diagnosecomputer³⁷ als Bewältigungsversucht reflexiver Verwissenschaftlichung ein. Inwiefern eine tatsächliche Formalisierung des ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsprozesses durch die Implementierung evidenzbasierter Standards anzunehmen ist, lässt sich aufgrund bislang fehlender systematischer empirischer Evaluation kaum beurteilen. Theoretisch im Sinne eines neoinstitutionalistischen „strukturellen Isomorphismus“ (Meyer/ Rowan 1977) denkbar wäre, dass mit der Einführung der evidenzbasierten Medizin „als kultureller Mythos einer Wissensgesellschaft“ (Vogd 2002, S. 312) lediglich eine „Wissensinszenierung“ (ebd., S. 308) vor dem Hintergrund sich wandelnder Umwelterwartungen in Richtung zunehmender Objektivität und Rationalität betrieben wird, während in der Praxis weiterhin „business as

³⁷ Als Lösung für durch die „Informationsexplosion“ gestiegene Entscheidungskomplexität werden gelegentlich wissensbasierte Expertensysteme in Vorschlag gebracht (hierzu ausführlicher B 2.2.4.).

usual“ praktiziert wird³⁸. So sei nach Vogd „besonders für einen Mediziner, der eine Leitungsposition abstrebt“ „die Inszenierung wissenschaftlicher Kompetenz und Performanz unabdingbar (Vogd 2004a, S, 195).

Aufschluss geben die Debatten um die evidenzbasierte Medizin vor allem über die tiefe Zäsur, die die durch die evidenzbasierte Medizin anvisierte Verwissenschaftlichung der ärztlichen Praxis sowohl für das professionelle Selbstverständnis, als auch für die Bewertung ärztlichen Handelns bedeutet. Im vorherrschenden Klima der Idealisierung von Rationalität und Objektivität ist das Festhalten an einem unzeitgemäß erscheinenden Konzept wie der ‚ärztlichen Kunst‘ sicherlich denkbar unpopulär, während sich ein Programm wie EbM als „Strategie professioneller Selbstbehauptung“ (Siegrist 2005, S. 234) profilieren kann.

³⁸ Hierfür sprechen die von Vogd 2002 dargestellten Befunde von Siering et. al. 2001, nach denen das Vorhandensein evidenzbasierter Leitlinien generell begrüßt, deren Inhalte jedoch zumeist ignoriert würden (vgl. Vogd 2002, S. 311).

2 Technisierung der ärztlichen Praxis

Im Fall spektakulärer Fortschritte im Bereich der Krankheitsbekämpfung als Erfolgsgeschichte medial gefeiert, als gefährliche Fehlentwicklung und Kostentreiber kritisiert, von der Wirtschaft als gewinnträchtiger Markt umworben, vom Patienten einerseits mit großen Hoffnungen und Erwartungen, andererseits mit angstvollem Respekt oder resignierter Ablehnung wahrgenommen- die moderne „High-Tech-Medizin“ sieht sich einem Spannungsfeld von Emotionen und Interessen ausgesetzt. Die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die technologische Entwicklung der Medizin ist zu großen Teilen sicherlich dadurch zu erklären, dass sie Relevanz für Jedermann als zumindest potentiellen Nutznießer einer hochleistungsfähigen Medizin besitzt. Darüber hinaus ist die moderne Medizintechnologie mit den an sie gekoppelten Visionen des „reparierbaren“ Menschen, der Aussicht auf den Sieg über Krankheit und Alter, der Manipulation biologischer Grenzen durch die Möglichkeiten des genetic engineering faszinierend und erschreckend zugleich. Lebensbeginn- und -Ende stellen nicht länger natürliche Begrenzungen dar, sondern werden zum Gegenstand technischer (Um-)definition. Jenseits individueller Betroffenheit zwingt die Verwirklichung des alten Traums der Menschheit von der technisch-artifiziellen Perfektion ihrer selbst die moderne Gesellschaft zu schwierigen Auseinandersetzungen um eine neue „Technik-Moral-Balance“ (Dörner 2001, S. 305).

Parallel zur seit den 1980er Jahren unter dem Label „Apparatemedizin“ bekannten Diskussion um eine menschenwürdige Medizin im technisierten Zeitalter, die noch aufzugreifen sein wird, gerät die Medizintechnik auch unter dem Gesichtspunkt als gesamtgesellschaftlicher Kostenfaktor in die öffentliche Kritik (vgl. Henke 2007, S. 34). Die Problematik der volkswirtschaftlichen Finanzierbarkeit des medizintechnisch-industriellen Komplexes durch die Solidargemeinschaft (siehe dazu auch A 3.) mündet immer wieder in politische Diskussionen um die Kosten-Nutzen-Relationen bzw. die Kontingentierung medizinischer Leistungen für bestimmte Patientengruppen³⁹. So ist die Debatte um Potentiale und Grenzen der technisierten Medizin kaum trennbar vom teilweise heftigen gesellschaftspolitischen Diskurs um ethische Grundfragen, tangieren diese hoch brisanten Fragestellungen schließlich in zu fundamentaler Weise die ethische Grundsätze einer sich als „sozial“ verstehenden Gesellschaft, als dass eine Regulierung durch die Ökonomie vertretbar erscheint. Auch das ärztliche Handeln wird durch

³⁹ In einigen Ländern, z. B. Großbritannien, ist eine altersabhängige Rationierung medizinischer Leistungen bereits gesetzlich verankerte Realität: Patienten über 60 Jahre erhalten dort keine Dialysen (vgl. Neumann 2006, S. 338).

die zur Verfügung stehenden technischen Möglichkeiten, z. B. in den Fragen der künstlichen Lebensverlängerungen und der Sterbehilfe, neuerdings der Gentechnik, immer wieder in den Grenzbereich gesellschaftlicher Konsensfähigkeit gerückt⁴⁰. So kann in Kürze das soziale Spannungsfeld umrissen werden, in dem das Themenfeld „moderne Medizintechnik“ anzusiedeln ist.

Im Folgenden sollen die Auswirkungen der technischen Entwicklungen in der Medizin für die ärztliche Tätigkeit sowie die professionelle Rolle des Arztes im Vordergrund der Betrachtung stehen. Hinsichtlich verschiedener Aspekte erscheint die qualitative Veränderung der ärztlichen Arbeit als in enormem Ausmaß durch die umfassende Technisierung des medizinischen Settings getrieben. Obwohl die Technisierung der ärztlichen Praxis im 19. Jahrhundert schon wesentlich voranschreitet (siehe hierzu A 1.) schlägt erst in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts⁴¹ die große Stunde der apparativen Medizin, die schließlich die Hinwendung zu einer weitgehend vom technisch-apparativen Geschehen dominierten Praxis bedeutete⁴². Der bis in die Gegenwart ungebrochene Vormarsch von Medizintechnik schlägt sich in unzweideutigen Zahlen nieder: So stieg die Zahl der Ultraschalluntersuchungen in den 1980er Jahren um das neunfache (Otte 1995, S. 10), ähnliche Steigerungen sind für viele andere Verfahren zu verzeichnen. Interessanterweise wachsen die Ausgaben für Medizintechnik in den medizinischen Einrichtungen sogar in weit überproportionalem Maße (um den Faktor 22, vgl. Anschütz 1987, S. 207).

⁴⁰ Badura spricht in diesem Zusammenhang sogar von einer „Zerreißprobe“ (Badura 1996, S. 47), der sich die ärztliche Profession hinsichtlich der Entkopplung von technischer Machbarkeit und sozialer Verantwortung ausgesetzt sieht.

⁴¹ Die Zäsur des Übergangs zur Hochtechnisierung ist schwer zu bestimmen, der Medizinhistoriker Silomon setzt sie in den 1950er bis 1960er Jahren an (vgl. Silomon 1983, S. 12).

⁴² So wird in den sechziger Jahren der Ruf nach Computern zur Bewältigung der Informationsflut in der ärztlichen Praxis laut (vgl. Otte 1995, S. 20). Medizinische IT unterstützt die ärztliche Arbeit mittlerweile in nahezu allen Bereichen. Über den Einsatz von EDV in der Administration und beim Schreiben von Arztbriefen hinaus ergänzen mittlerweile IT-basierte Therapiefahrpläne und standardisierte Anamnesemasken die konventionellen Formen der ärztlichen Praxisgestaltung. Mithilfe von elektronischen Nachschlagewerken wird versucht, die Wissensexplosion unter Kontrolle zu bringen. Etabliert haben sich als Vorzeigekind der KI-Forschung auch wissensbasierte Dialogsysteme, während das Expertensystem, das „Wissen auf Knopfdruck“ (ebd., S. 51) bereitstellen soll, wohl eine Utopie bleibt (hierzu ausführlicher B 2.2.4.). Der Computer wird zur Schlüsseltechnologie der Medizin, die auch den meisten medizintechnischen Verfahren zugrunde liegt, so z. B. dem Computertomographen, dem Kernspin und den automatisierten Operationstechniken. Die Ambitionen des ortsunabhängigen, computergesteuerten Operationstischs reflektieren die (gescheiterte) Vision der „mannlosen Fabrik“ in der industriellen Produktion.

2.1 Technisierung ärztlichen Handelns als zweiseitiger Prozess

Als unmittelbare Folge der medizintechnischen Entwicklung ist die Erweiterung und Stärkung der ärztlichen Erkenntnismöglichkeiten durch messende und quantifizierende Zugänge sowie durch die mit den Methoden der Bildgebung realisierbaren Einsichten in den menschlichen Körper festzuhalten. Insbesondere das Feld der Diagnostik profitiert in hohem Maße von den Möglichkeiten technologiegestützter Untersuchungen, durch die ein neues Level von Präzision und Sicherheit in der Diagnosestellung erreicht werden konnte. Die Erkenntnismöglichkeiten der Technik eröffnen auch der therapeutischen Intervention neue Chancen. So finden z. B. im Bereich der Krebsdiagnostik- und Therapie hocheffiziente Verfahren Anwendung, die als Meilensteine wissenschaftlich-technischen Fortschritts die Wirksamkeit ärztlichen Handelns enorm verstärkt haben. Auch sind ehemals undenkbare, zunächst noch spektakuläre Eingriffe wie die Transplantation von Organen oder der Herzschrittmacher heute zum „Routineeingriff“, geworden, während immer wieder neue, sich stetig verfeinernde Technologien, wie in den letzten Jahren die minimalinvasive Chirurgie, für Aufsehen weit über die Grenzen des Fachs hinaus sorgen. Die Erhaltung von Gesundheit und physisch-psychischer Leistungsfähigkeit und neuerdings auch Attraktivität bis ins hohe Alter als zentrale Werte der westlichen Industrieländer⁴³ ist auf Grundlage wissenschaftlich-technischer Entwicklungen steuerbar geworden, was die moderne Medizin zurecht für sich als großen Erfolg reklamiert.

Dieser Erfolg hat jedoch einen hohen Preis – dies nicht nur in monetärer Hinsicht, sondern auch die Folgekosten des in hohem Maß von Technik geprägten Wandels der ärztlichen Rolle betreffend. Die Verfügung über dem neuesten wissenschaftlich-technischen Stand entsprechende Medizintechnik wird zum Statussymbol und zur Erfordernis im Rahmen eines sich verschärfenden Wettbewerbs⁴⁴. Auch in den privaten Arztpraxen findet seit den 1980er Jahren ein auch von Gesichtspunkten der wirtschaftlichen Konkurrenzfähigkeit motiviertes technisches Wettrüsten statt, das in eine Spirale aus technischem Dauerbetrieb und Reinvestition in technische Neuerungen mündete (vgl. Otte 1995, S. 62). Mit der Zielvorgabe, die Kosten für das gestiegene technische Niveau „reinzuwirtschaften“ verfestigt sich die Losung der „Leerzeitenmimimierung“, die die maximale Kapazitätsausschöpfung der vorhandenen appa-

⁴³ Dass diese Begriffe durchaus sozial konstruiert sind, argumentiert die These der „Medikalisierung der Gesellschaft“, die die umfassende Übernahme der Definitionsmacht der Medizin in diesen Fragestellungen beschreibt, Maßstäbe der organisierten Medizin somit über ihre Systemgrenzen hinaus Gültigkeit erlangen. Im Zuge dieser Entwicklung wird der Mensch als „Homo hygienicus“ zunehmend zum marktfähigen Gut (vgl. Dörner 2001, S. 297).

⁴⁴ So werde das Ansehen von Kliniken zunehmend von ihrer technisch-apparativen Ausstattung abhängig (vgl. Feuerstein 1996, S. 90).

rativen Infrastruktur anvisiert. Handlungsleitend wird somit eine in erster Linie ökonomisch motivierte „gerätezentrierte Perspektive“ (Feuerstein 1996a, S. 92), die das ärztliche Handeln zunehmend nach ihren Bedingungen gestaltet. „Patientenorientierung“, hohes Gut und tradiertes Leitmotiv ärztlichen Handelns, muss dabei offenbar als oberstes Entscheidungskriterium angezweifelt werden (vgl. Mannebach 1993, S. 187). Kritisch als „technischer Imperativ“ (Fuchs 1974, zitiert in Badura 1996, S. 21) perspektiviert wird eine solche rein den Logiken technischer Machbarkeit und ökonomischer Rentabilität untergeordnete Anwendung von Technik, die darüber hinaus die „Affinität von technischem und ökonomischem Denken“ (vgl. Feuerstein 1996a, S. 91) bzw. die Kompatibilität dieser beiden Funktionslogiken aufzeigt. Das Aufbieten von technischen Leistungen ist vor allem für den Niedergelassenen äußerst „lukrativ“ (Otte 1995, S. 58), der zudem lange Zeit in der glücklichen Position war, die von ihm angebotenen technischen Untersuchungen im Rahmen der Einzelleistungsvergütung in nahezu uneingeschränktem Umfang selbst anordnen zu können, bzw. „über das medizinisch erforderliche Maß hinaus zu steigern“ (Oberbeck/ Oppermann 1994, S. 183)⁴⁵. So wird die „Technikspirale als Phänomen systemischer Fehlsteuerung“ (Badura/ Feuerstein 1996, S. 15) eingestuft, indem durch Fehlanreizstrukturen des Abrechnungssystems für technische Leistungen eine Verzerrung sinnvollen ärztlichen Handelns in Richtung eines durch Profitstreben bestimmten Handelns begünstigt werde⁴⁶. Der technische Komplex bzw. die Konstruktion des derzeitigen Abrechnungssystems für technische Leistungen trägt dieser Argumentation folgend wesentlich zur Fehlallokation von Ressourcen im Gesundheitssystem bei.

Angesichts der hohen gesellschaftlichen Ausgaben für Medizintechnik werden zunehmend Fragen nach ihrer Effizienz und Angemessenheit gestellt. So ist der „Überschuss an technischer Rationalität im klinischen Versorgungsangebot“ (Badura/ Feuerstein 1996, S. 14) seit den 1980er Jahren verstärkt Gegenstand kritischer Auseinandersetzung geworden. Im Fokus steht hierbei zumeist der „diagnostische Overkill“, durch „kostenträchtige Verfahren mit unstrittener therapeutischer Relevanz“ (ebd.), in generellerer Betrachtung die offenbar nicht immer vorhandene Orientierung der Technikentwicklung am gesellschaftlichen Bedarf (vgl. Otte 1995, S. 21). Zumindest als fraglich zu bezeichnen ist der gesamtgesellschaftliche Benefit der Technikoffensive, der, angesiedelt in einem sensiblen Feld einer von Interessen-

⁴⁵ Die vielfach als Ursache für die vielzitierte „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen verantwortlich gemachten „Mehrfachuntersuchungen“ sind nicht zuletzt dieser Logik geschuldet.

⁴⁶ Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass in der ärztlichen Praxis eine „indirekte Subvention des Arzt-Patient-Gesprächs durch die „großzügige Bezahlung der technischen Leistungen“ (Hege 2001, S. 44) offenbar Usus ist.

divergenzen und Wertpluralismus⁴⁷ geprägten Gesellschaft, zudem kaum operationalisierbar und messbar ist („Problem der Nutzen- Evaluation“, vgl. Feuerstein 1996a, S. 135 f.). Mit Blick auf den „Wandel des Krankheitspanoramas“ (Schipperges 1982) von akut lebensbedrohlichen Krankheiten hin zu chronisch-degenerativen Erkrankungen (den so genannten „Volkskrankheiten“) wird häufig angemahnt, dass trotz aller Erfolge der modernen Medizin ihr Patient, die Gesamtgesellschaft, keineswegs gesünder sei (vgl. Otte 1995, S. 11). Leistungen der apparativen Medizin werden jedoch gerade für das genannte Spektrum von Krankheiten als eher gering eingestuft (vgl. Francke 1994, S. 9), angemessenere Zugänge und Alternativen zur hochtechnisierten Akutmedizin dennoch nur unzureichend gefördert. So befindet Badura, es sei nicht eine „Feuerwehr-, sondern Gärtnermentalität“ gefordert, (zitiert in Otte 1995, S. 21) bzw. zumindest, eine „interaktionsintensive Flankierung“ (Badura 1996, S. 42) der High-Tech-Medizin vonnöten.

Die wissenschaftlich-technische Revolution des 19. und vor allem des 20. Jahrhunderts hat der Medizin nicht nur eine gänzlich neue Erscheinungsform gegeben, sondern auch das Wesen der (einstigen) Heilkunde substantiell verändert (siehe hierzu A.1): Sie wurde zur „apparatezentrierten Heiltechnik“ (Heidel 2008, S. 117). Diese Entwicklung greift soweit, dass sogar Spezialdisziplinen, z. B. die Radiologie, nach der in ihnen zur Anwendung kommenden Technik benannt sind (vgl. Silomon 1983, S. 9). Die moderne Medizin ist offenbar in einem so erheblichen Maß von Technik geprägt, dass „Modernität“ im Sinne einer State of the Art-Medizin kaum von Technik zu trennen ist, Fortschritt in der Medizin weitgehend mit technischem Fortschritt gleichgesetzt wird, ja sogar die Vorstellungen von „apparativem Maximum“ und „medizinischem Optimum“ kongruent werden (vgl. Feuerstein 1996a, S. 125). So hat die medizintechnische Durchdringung ärztlichen Handelns auch die Wahrnehmung der Profession Arzt fundamental verändert. Der moderne Arzt ist kaum mehr ohne technisches Gerät denkbar, im Extremfall sogar überschattet dieses seine Wahrnehmung als Akteur, der sich der Technik „eigentlich“ nur zur Unterstützung seiner Erkenntnismöglichkeiten bedient. Gestärkt wird dieser Eindruck dadurch, dass die Beherrschung komplexer Medizintechnik in vielen Disziplinen mit einer exponierten Position in der internen Abteilungshierarchie gekoppelt ist (vgl. Danzer 1993, S. 168) und so vielfach zum „stellvertretenden Leistungsnachweis medizinischen Handelns“ (Feuerstein 1996a, S. 135) gerät.

⁴⁷ Ein Beispiel hierfür sind Kontroversen um den „Nutzen“ einer durch Technik erreichbaren Lebensverlängerung „um jeden Preis“ bzw. die Hinterfragung von Lebensqualität im Zusammenhang mit den Negativszenarien des Autonomieverlusts infolge von „Technikabhängigkeit“.

Erfolgreiches ärztliches Handeln geht zu einem Gutteil auf die Verfügung über elaborierte Technik zurück - gleichzeitig wird durch diese eine Art des Zugriffs auf den Menschen befördert, die der Medizin den Vorwurf der „reduktionistischen Organmedizin“ (Anschütz 1987, S. 61) einbringt. Dies qualifiziert die Durchdringung der ärztlichen Tätigkeit mit Technik als sicherlich folgenreichste – und möglicherweise tragischste- Zäsur in der Medizingeschichte. Während die sensibilisierte Öffentlichkeit und auch Teile der beteiligten professionellen Akteure diesen Entwicklungen zumindest skeptisch gegenüberstehen, ist faktisch eine fortgesetzte Ausweitung der technisch-apparativen Durchdringung des gesamten Feldes der Gesundheitsversorgung festzustellen.

So ist die Entwicklung zur High-Tech-Medizin insgesamt als zweiseitiger Prozess einzustufen. Dem „Zauber der Technik“ (Fischer 2001, S. 20) stehen eine Reihe nicht-intendierter Nebenfolgen gegenüber, die im Folgenden zu systematisieren sind.

2.2 Auswirkungen der Technisierung auf die ärztliche Praxis

Im Folgenden sind die umfassende technikvermittelte Transformation des medizinischen Settings und deren Auswirkungen auf die ärztliche Praxis sowie die Rollen der beteiligten Akteure näher zu betrachten.

2.2.1 Technikbegriff

Zu klären ist zunächst der den folgenden Betrachtungen zugrundeliegende Technikbegriff. Für das Feld der Medizin fällt eine Grenzziehung, was mit dem Begriff Technik zu fassen sei, besonders schwer, da nicht nur im engen Sinne medizintechnische Apparate, sondern auch moderne Informations- und Kommunikationsmedien fester, sogar in ihrer Bedeutung zunehmender Bestandteil des medizinischen Settings sind. Zudem sind Übergänge von nicht-technischem zu technischem (und umgekehrt) Handeln fließend, so z. B. hinsichtlich des Zusammenspiels von Technik mit nicht technisch generierten „menschlichen Ergänzungshandlungen“ (Feuerstein 1996a, S. 110). Der grundlegende Wandel der Vorstellungen über das Wesen von Technik lässt sich anhand der Medizingeschichte nachvollziehen. Bezeichnete sich die antike Medizin selbst noch als „Techné“, „Heilkunst“, in der das Element der Kunstfertigkeit gegenüber anderen Formen der Verrichtung eine dominante Rolle spielte (siehe dazu Kapitel A.1.), wurde Technik mit Beginn der Neuzeit zum Inbegriff von Abstraktion und

Modellhaftigkeit. Assoziiert wird hiermit „eine bestimmte Weise des Handelns, das geprägt ist vom Gebrauch von Werkzeugen sowie bestimmter Verfahren und Methoden, um das jeweilige Ziel des Handelns zu erreichen“ (Danzer 1993, S. 163) bzw. die „regelgeleitete Abfolge detaillierter Handlungsschritte zur automatischen Abarbeitung von Problemlösung“ (Feuerstein 1996a, S. 110). Beschrieben wird hiermit ein relativ stark formalisiertes Handeln im Rahmen eines technischen Handlungsvollzugs, das auch als planmäßig-objektivierendes Handeln verstanden werden kann. „Technisierung“ zeigt sich somit als „besondere formgebende Praxis, Elemente, Ereignisse oder Bewegungen, kunstfertig und effektiv in schematische Beziehungen von Einwirkungen und notwendiger Folge zusammensetzen“ (Rammert 2007, S. 16). Als erweiterte Vorstellung des traditionellen, an der Funktionsweise von Geräten und Maschinen orientierten Technikbegriffs betrachtet die neuere Techniksoziologie die soziale Dimension technischer Entwicklungen als Auswirkungen technischer Artefakte auf Sozialpraktiken. Der Technikbegriff beschränkt sich hiermit nicht auf Gegenstände, sondern erstreckt sich auf die Kategorisierung einer Handlungstechnik, denen ein technisch-artifiziell generierter Prozess zugrunde liegt (vgl. dazu ausführlicher: Rammert 2007, S. 15f.). Vor dem Hintergrund dieses Technikverständnisses sind z. B. auch Medikamente als technische Artefakte zu betrachten, da sie steuernd in Körperfunktionen eingreifen (vgl. Feuerstein 1996a, S. 109). Ein „besonderes Artefakt“ (Schubert 2006, S. 104) stellt, wie in der Studie von Berg 1996 aufgezeigt, die Patientenakte dar, die dem kooperativen System der an der Krankenbehandlung beteiligten Akteure im Krankenhaus als „kollektiver Wissensspeicher“ dient (vgl. Schubert 2006, S. 105). Diese Perspektiven sind in die Betrachtungen der Technisierung des ärztlichen Handlungsfelds einzubringen. Zu hinterfragen ist sowohl die starke These einer technischen Überformung der ärztlichen Praxis, wie sie in der „Apparatemedizin“ postuliert wurde, wie auch die Bedeutung wissenschaftlich-technischer Artefakte für den ärztlichen Erkenntnisprozess.

2.2.2 „Apparatemedizin“

Eine frühe Technikkritik des Arztes Bodamer beschreibt den „Einbruch der Technik in die Medizin“ „gemessen an dem traditionellen Geist der Heilkunde“ als „einschneidende(n) und vielfach katastrophal empfundene(n) Vorgang“ (Bodamer 1962, S. 9). Bereits in den frühen sechziger Jahren stellt sich die Technisierung der Medizin als „höchste Versachlichung“ dar – mit Nebenfolgen („unerwartete Problemlagen, die nicht eingeplant waren“, ebd.) für Arzt und Patient. Das ursächliche Problem wird mit der Zielsetzung der „Verwandlung des menschlichen Lebens in einen steuerbaren technischen Prozess“ im „Großkrankenhaus als Fabrik, in

welcher Gesundheit wie eine Ware hergestellt wird“ (ebd.) benannt. Was noch Anfang der 1960er Jahre als Dystopie anklang (die Medizin „nähert sich technisch einer Vollendung, die darin gipfelt, dass die elektronische Rechenmaschine die Diagnose stellt und nicht mehr das Wissen, die Erfahrung und das Gewissen eines einzelnen Arzt, der die Verantwortung trägt“, ebd.), sollte alsbald, folgt man den -in ihrer umfassenden Zielsetzung als gescheitert zu bezeichnenden - Ambitionen der Künstliche Intelligenz-Forschung (siehe dazu B 2.2.4.) in den folgenden Jahrzehnten, Realität werden.

Eine Radikalisierung dieser Grundskepsis erfolgt in den 1980er Jahren vor dem Hintergrund der umfassenden technischen Aufrüstung, bekannt geworden unter dem Schlagwort der „Apparatemedizin“, das die kritische Distanz der Öffentlichkeit zu einer als übertechnisiert wahrgenommenen Medizin zum Ausdruck bringt. Assoziiert werden hiermit vor allem Ängste vor Autonomieverlust und Depersonalisierung unter der „monströsen Herrschaft von Apparaten“ (vgl. Anschütz 1987, S. 14), die Befürchtung „ohnmächtiger Patient in einer allmächtigen Medizin“ (Otte 1995, S. 7) zu werden. Dies nicht gänzlich unbegründet - die im biomedizinischen Modell angelegte Konzeption des kranken Menschen als defekte Maschine manifestiert sich in der hierzu häufig exemplarisch herangezogenen hoch technisierten Intensivstation in Reinform. Jenseits dieses Negativszenarios ist die Haltung der Patienten zur technisierten Medizin als ambivalent einzustufen, weckt sie gleichermaßen Hoffnungen und Ängste (vgl. Otte 1995, S. 7). Technik wird häufig als lebensrettend erfahren und zumeist in der lebensbedrohlichen Situation befürwortet. Dennoch fühlt sich der Patient insbesondere im Krankenhaus vielfach der von ihm gefürchteten Belastung oder sogar Gefährdung durch unkontrollierten Technikeinsatz ausgeliefert (vgl. ebd., S. 11)⁴⁸.

Als „Medizin, in der die verwissenschaftlichte Technik den Alltag bestimmt“ (ebd., S. 23) verstanden, ist die viel zitierte „Apparatemedizin“ Ausdruck und Ursache für zahlreiche Fehlentwicklungen. Es zeigt sich, dass das Eindringen von Medizintechnologien in die Beziehung von Arzt und Patient Folgen für deren Gestaltung hat, mitunter Sachzwänge schaffen kann, die das ärztliche Handeln unter Anpassungsdruck setzen und die traditionellen Rollen von Arzt und auch Patient nachhaltig verändern (vgl. ebd. S. 24). Vielfach als „seelenlose Apparatemedizin“ (ebd., S. 11) etikettiert, steht Technikeinsatz vor allem für den Verlust einer persönlichen Bezugnahme auf den Patienten. In dieser als „stumme Medizin“ (Lüth 1974) kriti-

⁴⁸ Beispiele und Zahlen zu „iatrogenen Schäden“ in der hochtechnisierten Medizin führt Badura an (vgl. Badura 1996, S. 29-30). In der historischen Betrachtung ist dies als Verletzung des hippokratischen Codes des „nihil nocere“ zu werten: „Der Arzt darf seine Fähigkeiten nicht überschätzen und muß sich vor riskanten und nutzlosen Operationen hüten“ (Otte 1995, S. 15).

sierten ärztlichen Praxis habe das Gespräch nur noch „Begleitcharakter zur chemischen Beeinflussung des Patienten“ (Francke 1994, S. 16) durch das in den Status von „technischen Hilfskräften“ (Anschütz 1987, S. 152) degradierte Humanpersonal. Das technische Artefakt wird auf diese Weise zum Symbol einer dehumanisierten Medizin.

Die oftmals populistische Kritik an der Apparatedizin ist daher insofern ernst zu nehmen, als dass sie das wachsende Unbehagen an der Entwicklungstendenz der technisierten Medizin widerspiegelt, der, mag sie auch noch so erfolgreich sein, das Fehlen einer durch die Person des Arztes moderierten Begleitung vorgeworfen wird.

2.2.3 Technisches Handeln erhält Übergewicht über kommunikatives Handeln

Tatsächlich ist es so, dass in der ärztlichen Praxis ein deutlicher Rückgang des kommunikativen Elements zugunsten technischen Handelns (vgl. z. B. Francke 1994, S. 13; Siegrist 2005, S. 269) bzw. eine Ausweitung technikintensiver Leistungen auf Kosten interaktionsintensiver Leistungen (vgl. Badura 1996, S. 42) zu verzeichnen ist. Die auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnis entwickelten differenzierten Techniken zur Krankheitserkennung gewinnen überhand über die tradierten Verfahren der Erkenntnisgewinnung, die Anamnese und die körperliche Untersuchung (vgl. Fischer 2001, S. 19). Badura 1996 konstatiert in diesem Zusammenhang einen Konflikt „von technischem Imperativ“ und „zwischenmenschlichem Imperativ“ (vgl. Badura 1996, S. 26).

Eine sicherlich entscheidende Dynamik für diese Schwerpunktverschiebung geht von der Konstruktion des Vergütungssystems für ärztliche Leistungen aus, welches Technikeinsatz, d. h. diagnostische, therapeutisch-invasive und operative Maßnahmen gegenüber dem ärztlichen Gespräch deutlich begünstigt (siehe dazu auch A 3.). So konstatiert Otte 1995: „Der Weg in die ‚stumme Medizin‘ ist mit Abrechnungsregelungen gepflastert“ (Otte 1995, S. 59). Technikeinsatz wird hierdurch aus der Sichtweise des abrechnenden Arztes (zusätzlich ihrer vermeintlichen generellen Überlegenheit) zur ökonomisch-rationalen Maßnahme erhoben (vgl. Feuerstein 1996a, S. 128), während die traditionellen Erkenntniswege, Anamnese und körperliche Untersuchung, gegenüber Technik zunehmend ins Hintertreffen geraten (vgl. Grönemeyer 2007, S. 56). Anderslautende Beteuerungen eines nach wie vor hohen Stellenwerts der Anamnese werden angesichts der Realität der klinischen Versorgung teilweise als „Lippenbekenntnis“ eingestuft (vgl. Anschütz 1987, S. 14). Die vielfach kritisierte „Über-technisierung“ erscheint so auch als Resultat oftmals ungenügend durchgeführter Stufendiagnostik (vgl. ebd., S. 242), die als sorgfältiges Verfahren der stufenweisen Eskalation bei der

Inanspruchnahme von invasiven technischen Maßnahmen zur Vermeidung von unnötiger Patientenbelastung und Kosten beitragen kann. Vielfach werden – auch aus Zeitnot - ungezielte technische Untersuchungen angestrebt, die durch eine ausführliche Anamnese eingespart werden könnten („Laborflöten“, „sinnlose Objektivierungen“, ebd., S. 184) und „Datenfriedhöfe gigantischen Ausmaßes“ produzieren (Silomon 1983, S. 27).

Empirische Untersuchungen liefern Zahlen zur enormen Verkürzung des durchschnittlichen Patientenkontakts in Krankenhäusern, der mit drei bis vier Minuten (Siegrist 2005, S. 256) oder auch nur 90 Sekunden (Petzold 2010) angegeben wird. Auch in Arztpraxen verringerte sich die zur Betreuung des einzelnen Patienten zur Verfügung stehende Zeit vor dem Hintergrund der Pauschalvergütung deutlich (Otte 1995, S. 58-59). Insbesondere die Bearbeitung komplexer und chronischer Erkrankungen ist in dieser Zeitspanne kaum zu bewerkstelligen. Dem „mit technischen Problemen präokkupierten“ (Mannebach 1993, S. 185) Mediziner fehlt oftmals schlichtweg die Zeit, sich dem Patienten zuzuwenden⁴⁹. Zudem zeigt die Visitenforschung, dass das typische Arzt-Patient-Gespräch durch eine asymmetrische und unidirektionale Kommunikationsstruktur geprägt ist. Im Rahmen dieser kritisch als „Kurvenvisite“ (Kathan 2002, S. 112) bezeichneten Begegnung richtet der Arzt zumeist gezielte befundbezogene Fragen an den Patienten, während er hingegen den emotionalen Appellen des Patienten mittels „Strategien der kommunikativen Entlastung“ (Siegrist 2005, S. 257) auszuweichen versucht. Dieses häufig kritisierte Arztverhalten ist vor allem durch die straffe arbeitsinhaltliche und zeitliche Strukturierung und Fragmentierung des Arbeitstages sowie auch die Überfrachtung der ohnehin knapp bemessenen Visite durch eine Vielzahl von Aufgaben (vgl. ebd. S. 256) zu erklären. Zeitdruck als Rahmenbedingung ärztlicher Arbeit bietet in diesem Zusammenhang eine systemkonforme Legitimation, zeitliche und emotionale Überforderungen durch den Patienten zurückzuweisen. So bleibt als eine Folge die oftmals nur knappe Aufklärung über Nutzen und Risiken von Maßnahmen, als „informed consent“ juristisch abgesichert, für geschätzte 90% der Patienten unverständlich (vgl. Otte 1995, S. 75). Unterstützt durch die oftmals stark arbeitsteilige Organisation technischer Vorgänge diffundiert im Krankenhaus vielfach die persönliche Verantwortung des Arztes in der fragmentierten Bearbeitung isolierter Untersuchungsetappen (vgl. Feuerstein 1996a, S. 198), bzw., wie Badura 1996 resümiert: „An die Stelle der Helferrolle- der Arbeit von Mensch zu Mensch – trat das technikvermittelte Management somatischer Risiken“ (Badura 1996, S. 24).

⁴⁹ Auch macht Vogd neben den gestiegenen Anforderungen durch die Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit Technikfolgeprobleme für die zeitliche Verkürzung der Arzt-Patient-Kontakte verantwortlich (vgl. Vogd 2002, S. 308).

2.2.4 Technik als Medium der Distanzierung

Insgesamt erscheint die Feststellung angezeigt, dass die Überlagerung des Arzt-Patient-Kontakts durch Technik den Arzt in mehrerer Hinsicht vom Patienten distanziert - insbesondere, wenn der konkrete Arzt sich eher als „Gesundheitstechniker“ (Dörner 2001, S. 300) versteht, denn primär als Interaktionspartner seines Patienten. Diese Entwicklung erweist sich in mehrerer Hinsicht als folgenreich, wie im Folgenden darzulegen sein wird.

Einige Autoren weisen darauf hin, dass die technische Substitution der körperlichen Untersuchung den Prozess der Erkenntnisgewinnung in seiner Qualität substantiell verändere. Zunächst ermögliche die Verwendung diagnostischer Instrumente eine Reduktion oder sogar gänzliche Aufhebung des direkten körperlichen Kontakts zum Patienten⁵⁰. Als „weitere Stufe der Immaterialisierung“ (Feuerstein 1996b, S. 196) betrachte der Arzt nun vorwiegend nicht mehr den Körper des Patienten, sondern Bilder, die von technischen Geräten hergestellt werden. Technik schiebt sich offenbar als normierendes Regulativ zwischen die körperlich vermittelte Erfahrung. So modifiziere das Eintreten des technischen Hilfsmittels das Gesichtsfeld und auch „die auditive und taktile Potenz“ des Arztes „radikal“ (Danzer 1993, S. 168). Im Sinne einer „grundlegende(n) Neuorganisation des sinnlichen Felds“ (Kathan 2002, S. 102) werde die Qualität der sinnlichen Wahrnehmung durch den indirekteren Zugriff auf den Patientenkörper in einer Weise geformt, wie sie dem technischen Instrument entspricht- in der Regel tendenziell als eher objektives Registrieren denn als tatsächlich sinnliches Erfahren. Die Wahrnehmung richte sich infolgedessen statt auf die Person bzw. den Körper des Patienten auf „Äquivalente des Körpers, auf Abbildungen, Zahlen und Texte“ (ebd., S. 114). In der Konsequenz werde „das sehende, riechende, schmeckende, detektivische Entdecken des Körpers des Patienten durch die große Zahl der technisch-diagnostischen und therapeutischen Instrumente, die heute zwischen dem Patienten und dem Arzt vermitteln, zunehmend abstrahiert“ (ebd., S. 104). „Der Fokus geht weg vom „Leib“ - hin zum Befund: „Es wird weniger palpitiert als ultrageschallt und weniger ultrageschallt als Ultraschallbefunde gelesen“ (ebd., S. 104). An die Stelle der direkten leiblichen Erfahrung tritt das Lesen von Daten. So ist die „Entkörperlichung“ der technisierten Medizin (in erkenntnistheoretischer Hinsicht) auch als „Entleibung“ (ebd.) zu verstehen.

⁵⁰ Die Errungenschaft der Einführung der körperlichen Untersuchung in das Handlungsrepertoire des untersuchenden Arztes im 19. Jahrhundert (siehe hierzu A 1.) wird so durch Technik teilweise revidiert.

Nicht zufällig wurde mit den bildgebenden Verfahren der am wenigsten subjektiver Korrumperierung verdächtige Sinn zum maßgeblichen Medium ärztlicher Erkenntnis erhoben: „Unter den Sinnesorganen ist das Auge jenes Organ, welches die größte Distanz ermöglicht“, „das Sehen der rationalste der Sinne“ (ebd., S. 103). Mit dem hierdurch induzierten Bedeutungsverlust der Ebene der sinnlichen Wahrnehmung werde „eine wichtige Ebene des Dialogs abgeschnitten“ (ebd., S. 100). Hiervon sind der Erfahrungsprozess des Arztes mit der physischen Materie selbst sowie der körperlich vermittelte dialogische Austauschprozess zwischen Arzt und Patient betroffen, der vielfach als erkenntnisunterstützend betrachtet wird (z. B. bei Kirchner 1999, siehe B 2.3.3.7.).

Technik erweist sich – wenig überraschend - auch auf der Ebene der direkten Arzt-Patient-Begegnung als potentielles Medium der Distanzierung. Als Mechanismus der Objektivierung und Neutralisierung der sozialen Situation bewirke Technik eine „grundlegende Verschiebung der Aufmerksamkeit vom Patient zur Krankheit“ (Kathan 2002, S. 108) bzw. sogar zum Untersuchungsinstrument (vgl. Silomon 1983, S. 26). Der Eintritt von Technik in die dyadische Beziehung von Arzt und Patient (vgl. Sing 2007, S. 60) erzeugt so tendenziell eine Dynamik, die den Patient zum Objekt der technischen Betrachtung durch das Ensemble Arzt-Technik macht. Eine Form der Beziehungsgestaltung, in die der Patient als „Koproduzent“ (Badura 1996, S. 24) und somit als Subjekt eingebunden ist, erscheint in einer von der Logik technischer Abläufe gerahmten Situation nur schwer erreichbar. Auch begünstigen es die soziotechnischen Voraussetzungen offenbar, dass sich die (bereits bei Foucault beschriebene) „leidenschaftslose Distanz der Ärzte zu menschlicher Krankheit und Leid durch den Technikeinsatz eminent verstärkt“ (Danzer 1993, S. 168), zumindest sei jedoch von einer psychologischen Entlastung durch die technische Objektivierung auszugehen (vgl. Feuerstein 1996a, S. 126). Die durch den Einsatz von Medizintechnik angestrebte Präzisierung der Erkenntnismöglichkeiten stellt sich folglich als Gratwanderung dar, den eigentlichen Erkenntnisgegenstand Patient und dessen Bedürfnisse nicht aus dem Blick zu verlieren. So wird die Anforderung des „switch“ von technikintensiven zu interaktionsintensiven Leistungen (vgl. Badura 1996, S. 43) offenbar zum Erfolgskriterium der Arzt-Patient-Begegnung. Wird das Distanzierungspotential von Technik hingegen dazu genutzt, „aus der Beziehung zum Patienten zurückzutreten“ (Kathan 2002, S. 128), bleiben kommunikative und emotionale Bedürfnisse des Patienten zwangsläufig unberücksichtigt. So kann mit Halfar 1993 resümiert werden: „Apparate zwingen keinen Arzt zur Vernachlässigung der kommunikativen Ebene, aber sie ermöglichen eine weitere Objektivierung und Maschinisierung des Patienten“ (Halfar 1993, S. 204).

In der technischen Durchdringung der Arzt-Patient-Begegnung kann somit der Ausgangspunkt für eine „zweifache Depersonalisierung“ (Badura 1996, S. 26) gesehen werden: Als

„Transformation der Patienten in passive Objekte rationaler Krankheitsbeherrschung“ und als Reduktion des ärztlichen Therapeuten „auf einen geschickten Umgang mit Technik, kognitive Informationsverarbeitung und rationale Entscheidungsfindung“ (ebd.), während dessen Subjektivität und Persönlichkeit (sowie dessen personengebundenen Fähigkeiten) keine relevanten Faktoren mehr für den Erkenntnisprozess darstellen. Der technische Zugriff auf den Patientenkörper eliminiert so bei genauerer Betrachtung nicht nur die Subjekthaftigkeit des Patienten, sondern auch die des Arztes. Die Effekte der Technisierung ärztlichen Handelns sind offenbar vielschichtig. Ambivalente Auswirkungen sind sowohl in Bezug auf das konkrete ärztliche Handeln als auch die professionelle Rolle festzuhalten, die sich sowohl als Stärkung der Handlungsfähigkeit durch den Gewinn von technisch vermittelter „Überzeugungskraft“ (Kathan 2002, S. 135) als auch als Schwächung der subjektiven Handlungsträgerschaft im Rahmen des technischen Vorgangs beschreiben lassen.

2.2.5 Die Arzt-Patient-Beziehung in der hoch technisierten Medizin

Die geschilderten Entwicklungen, so deutet es sich bereits an, haben tiefgreifende Konsequenzen für die Arzt-Patient-Beziehung. Im von Technik dominierten Gesamtsetting bleiben offenbar die Bedürfnisse der Patienten nach Zuwendung des Arztes auf der Strecke, dessen „lächelnde Einfühlsamkeit“ (Shorter 1991, S. 48) vermisst und der häufig als „kühl“ und „desinvolviert“ empfunden wird (vgl. ebd. S. 53), was als Ausgangspunkt für die seit den 1980er Jahren vermehrt thematisierte „Krise des Vertrauens zwischen Arzt und Patient“ (Shorter 1991, S. 14) zu betrachten ist. Der Zulauf zur Alternativmedizin seit den 1980er Jahren wird häufig hierdurch erklärt (vgl. Otte 1995, S. 71). Insbesondere die „Sprachlosigkeit der apparativen Medizin“ (Anschütz 1987, S. 228) wird als einschneidendes Problem wahrgenommen, da Sprache als „das zentrale Element der Arzt-Patient-Beziehung“ (Siegrist 2005, S. 250) gilt (bzw. lange galt). Hierauf verweist noch der mittlerweile antiquiert anmutende Ausdruck der „Sprechstunde“.

Der „Vertrauensschwund“ (Otte 1995, S. 13) im Arzt-Patient-Verhältnis könnte u. a. an der Entkörperlichung der Arzt- Patient- Beziehung festgemacht werden⁵¹. Die „heilenden Hände

⁵¹ Ob Körperkontakt eine notwendige Voraussetzung zur Etablierung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ist, oder ob es sich damit um ein überkommenes Modell handelt, das in der High-Tech-Medizin ausgedient hat, ist an dieser Stelle kaum zu beantworten. Lown verweist auf die Bedeutung körperlicher Berührung für die Herstellung einer funktionierenden Kommunikationsbasis im Arzt-Patient-Verhältnis (vgl. Lown 2002, S. 20-21). Der wesentliche Punkt scheint jedoch der der direkten Einbindung des Patienten als Subjekt in den Erkenntnisprozess zu sein, die auch über den

des Arztes“ (Shorter 1991, S. 40), denen sich der Patient vertrauensvoll überlässt, verlieren im Zusammenhang mit einer Art der „Behandlung“, in der der „biotechnische Spezialist“ (Badura 1996, S. 46) den Patientenkörper nicht mehr berührt, an Symbolkraft - zugunsten einer Aufwertung des technischen Artefakts: Die Vertrauenskrise im Arzt-Patient-Verhältnis wird so mitunter vom Patienten durch eine eigene Form der Technikgläubigkeit kompensiert, in der der Einsatz von Technik offenbar auch eine durchaus beruhigende Wirkung entfalten kann: so als Indikator dafür, in seinem Leiden ernst genommen und mit allen Möglichkeiten der modernen Technik behandelt zu werden (vgl. Danzer 1993, S. 166). (Blindes) Vertrauen in Technik beinhaltet auch für den Patienten die Möglichkeit der emotionalen Neutralisierung durch die Übernahme des dieser immanenten distanzierenden und objektivierenden Denkstils⁵².

Wie bereits angedeutet, nimmt der Patient gegenüber den Entwicklungen der High-Tech-Medizin als unmittelbar Betroffener eine als ambivalent zu bezeichnende Haltung ein. Faszination und Begeisterung mischen sich mit Furcht, Ablehnung und Enttäuschung zu einer emotionalen Gemengelage, die die technische Intervention begleitet. Zudem stehen sich aufgrund der deutlichen Heterogenisierung der „Kategorie Patient“ technikaffine wie auch die Errungenschaften der modernen Technik grundsätzlich eher ablehnende Patientengruppen gegenüber. Von einer weiteren Ausdifferenzierung im Sinne einer Pluralität von Arzt-Patient-Modellen⁵³, in denen der Stellenwert von Technik wie auch der von Kommunikation und Interaktion innerhalb des sozialen Gefüges von Arzt und Patient stark differiert, ist auszugehen. Als generelle Tendenz hat sich die Erwartungshaltung gegenüber der Medizin jedoch dahingehend verändert, dass eine andere Form der „Rationalitätserwartung“ (Borgetto/ Kälble 2007, S. 165) an die ärztliche Handlung festgestellt werden kann, die sich als Wandel der Patientenerwartung zugunsten von Technikeinsatz beschreiben lässt. Viel Technik suggeriert viel Wissen und Kompetenz. Infolgedessen werden medizintechnische Maßnahmen explizit

körperlichen Kontakt befördert werden kann. In Bezug hierauf erweist sich der durch die technische Mediatisierung indirekt werdende Kontakt als erschwerend, wobei hierbei sicherlich Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen technischen Verfahren zu treffen sind.

⁵² Beispiele hierfür sind Herzpatienten, die in Adaption der Maschinenmetapher nur noch von der „defekten Pumpe“ oder der „verstopften Leitung“ sprechen (siehe Danzer 1993, S. 167).

⁵³ Fünf idealtypische Modelle stellt Sing vor (vgl. Sing 2007, S. 54-62), von denen das „informative“ bzw. auch „naturwissenschaftliche“ oder „Ingenieursmodell“ bezeichnete Modell die Extremvariante eines sich als objektiv- neutraler technischer Experte verstehenden Arztes beschreibt (vgl. ebd., S. 57-58). Zu etablieren scheint sich zudem als übergeordnete Tendenz ein neues, tendenziell an Dienstleistung ohne langfristigen Bindungscharakter orientierendes Modell der Arzt- Patient- Beziehung. Allem Anschein nach verliert die persönlich geprägte Arzt-Patient-Beziehung in der Anonymität der verwissenschaftlichten und technisierten Medizin an Bedeutung.

von Patientenseite nachgefragt (vgl. Feuerstein 1996a, S. 125). Ärzte haben ein schlechtes Gewissen, Patienten sind enttäuscht, wenn keine Technik zu Einsatz kommt (vgl. Otte 1995, S. 33).

Entscheidend für Beziehungsgestaltung im Arzt-Patient-Verhältnis ist wohl vor allem die Auswirkung von Technik auf die Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient, die zunächst kontingent erscheint: So kann sich z. B. die klassische Wissensasymmetrie zwischen Arzt und Patient durch die für ein Großteil der Patientenklientel unverständliche Technik weiter verstärken - oder sich in einer anderen Variante der besonders technikaffine und informierte Patient zum Mitentscheider über zu treffende Maßnahmen ermächtigen, wie dies beim tendenziell „skeptischeren“ Patienten in den USA bereits üblich ist (vgl. Tautz 2002, S. 133). Insbesondere die (potentielle) Auflösung des ärztlichen Informationsmonopols für medizinisches Wissen durch die Internettechnologie sorgt für eine zusätzliche und bislang noch unabsehbare Dynamik im Feld der Gesundheitsversorgung. Vom Medizinsystem bereits absorbiert (vgl. Sing 2007, S. 2-3), so von „technikbegeisterten Medizinerinnen als neuartiges diagnostisch und präventivmedizinisch nutzbares Instrumentarium aufgegriffen“ (ebd., S. 17), wird neben den Bereichen der interprofessionellen Kommunikation durch internetbasierte Kommunikationsformen zwischen Arzt und Patient vor allem das „Herzstück innerhalb des medizinischen Systems, nämlich die Arzt-Patient-Begegnung“ (ebd.) tangiert. Mit den Auswirkungen des „Einbruchs“ der Email-Kommunikation in das Arzt-Patient-Verhältnis als einer Folgeerscheinung der neuen Kommunikationsmöglichkeiten beschäftigt sich Sing 2007, der diese als mit dem ärztlichen Handeln grundsätzlich kompatibles, jedoch nur ergänzendes, keinesfalls das direkte Gespräch substituierendes Kommunikationsangebot einstuft (vgl. ebd., S.151). Einschränkend verweist er u. a. auf die der elektronischen Kommunikation eigene „Kanalbeschränktheit“ (ebd., S. 142), durch welche vor allem die sinnliche Wahrnehmung nahezu komplett ausgegrenzt wird. Plausibel erscheint daher, dass die in der Schriftsprache angelegte Tendenz zur Externalisierung und Objektivierung die authentische Patientenkommunikation zurückdrängen sowie zusätzlich durch die Verlagerung der Arzt-Patient-Kommunikation auf eine wissenschaftliche Ebene, „die Gefahr einer Scheinkompetenz“ entsteht, „die die Interaktion zwischen Arzt und Patient erschweren kann“ (Neumann 2006, S. 339).

So sind als neueste Spielart der technischen Durchdringung des ärztlichen Handlungsfelds medizinische Informationsangebote im Internet zu einer eigenen Dienstleistungssparte von erheblichem Umfang und Ausdifferenzierungsgrad geworden (vgl. Iseringhausen/Hartung/Badura 2005, S. 278f.). Neben den Ärzten treten zunehmend auch andere Akteure (Selbsthilfegruppen, Patientenorganisationen, Krankenkassen) in das Feld der im weitesten Sinne medizinischen Beratungsleistungen ein. Diese Akteurspluralität geht an der ärztlichen Profession

nicht spurlos vorüber, hat sich die Kategorie „Internetwissen“ schon jetzt zu einem Schlagwort verfestigt, so dass in diesem Zusammenhang gar von einem „Paradigmenwechsel im Verhältnis von Arzt und Patient“ (Diehl 2006, S. 181) die Rede ist. Mit einiger Sicherheit werden klassische Rollenverteilungen durch die vergleichsweise neuen medialen Möglichkeiten herausgefordert, so dass zumindest von einem absehbaren Wandel des Arzt-Patient-Verhältnisses im „Internetzeitalter“ gesprochen werden muss (vgl. Henke 2007, S. 28).

In den Kinderschuhen hingegen stecken noch Ambitionen zur Virtualisierung von ärztlichen Leistungen, werden jedoch sicherlich in Zukunft an Einfluss gewinnen. Insbesondere in der neuen internetaffinen Patientengeneration werden potentielle Adressaten dieser Angebote gesehen. Es muss jedoch angesichts der ausgeprägten Individualität eines medizinischen Falls bezweifelt werden, dass medizinische Beratungsleistungen („Online-Konsultationen“) in standardisierter Form dargeboten werden können. Auch stellt die Anforderung einer „vertrauensvollen“ Beratungssituation die derzeitigen technischen Möglichkeiten zur Schaffung einer echten Interaktion vor ihre Grenzen. Als möglicherweise neue Quelle von Ambivalenzen deutet sich daher die Entwicklung der informationstechnischen Mediatisierung des Arzt-Patient-Kontakts an, deren Nachfrage von Patientenseite ironischerweise auf das Kommunikationsdefizit mit dem Arzt zurückgeführt wird (vgl. Tautz 2002, S. 126). Vor allem im Hinblick auf eine weitere Reduktion des persönlichen Patientenkontakts könnte Technik in diesem Fall einmal mehr zum Medium der Distanzierung werden⁵⁴. Folgen und Potentiale dieser Entwicklungen für die Arzt-Patient-Begegnung, derzeitig allenfalls in Tendenzen erkennbar, werden differenzierter zu untersuchen sein.

In Bezug auf längerfristige Entwicklungen ist es auf Grundlage der umfangreichen Befundlage möglich, Tendenzen in Bezug auf den – wie oben angedeutet, nicht abgeschlossenen - Wandlungsprozess der ärztlichen Rolle festhalten zu können. Die Vielzahl kritischer Stimmen zur Entwicklung des Arzt-Patient-Verhältnisses legt den Eindruck nahe, dass die einstige tragende Säule der (paternalistischen) ärztlichen Betreuung im Schatten des allmächtigen Leitbilds von Wissenschafts- und Technikkompetenz korrodiert. Insbesondere die traditionellen Kernelemente der ärztlichen Rollenausübung, als welche prominent die Begleitfunktion für den Kranken zu nennen ist, treten im Szenario, in dem sich der Arzt auf seine wissenschaft-

⁵⁴ So äußert Nager besonders technikpessimistisch: „Ihm, dem Computer und dem Internet haben manche zu viele ihrer seelischen Kapazitäten überantwortet. In dieser rationalistischen Einseitigkeit haben sie andere seelische Grundfunktionen verkümmern lassen, z. B. jene des Fühlens und der Intuition. Hier gründen auch die Niederlagen unserer technisch-apparativ so großartig entwickelten Medizin, denn sie ist das getreue Spiegelbild unseres Zeitgeistes.“ (Nager 1999, S. 155).

lich-technischen Kernkompetenzen reduziert, in den Hintergrund⁵⁵. Passé sind offenbar die Zeiten nicht-technisch dominierter Begleitung durch den oftmals lebenslang betreuenden „alten Hausarzt“, der, bzw. dessen idealisiertes Bild in der jüngeren Zeit jedoch wieder verstärkt bemüht wird.

Zu resümieren bleibt die außerordentliche Dynamik, die die Medizintechnik innerhalb des einst relativ klar definierten Verhältnisses von Arzt und Patient auslöst und die durch das Aufkommen der Internettechnologie als einem weiteren Kommunikation und Interaktion voraussichtlich reduzierenden technischen Medium noch potenziert wird. So steht der Arzt vor dem Hintergrund der umfassenden Transformation seiner Handlungsgrundlagen vor der Herausforderung, sein professionelles Selbstverständnis zu überprüfen und gegebenenfalls neu zu definieren. Hierbei ist der Arzt jedoch keineswegs als Alleinverantwortlicher zu brandmarken. Die Entfernung, vielleicht sogar Entfremdung vom Patienten und letztlich auch von der im ursprünglichen Sinn ärztlichen Arbeit (vgl. Mannebach 1993, S. 186) wird verschärft durch die institutionellen Rahmenbedingungen technischer Hochspezialisierung und Arbeitsteiligkeit und erscheint nur im Rahmen einer Hinterfragung der Leitbilder der modernen technisierten Medizin bzw. einer Neuorientierung in der Systemgestaltung revidierbar.

2.2.6 Betrachtung und Gestaltung des technisch mediatisierten Erkenntnisprozesses

Mahnt schon Siegrist 1978 die geringe Technisierbarkeit von Arbeitsvollzügen im Krankenhaus an (vgl. Siegrist 1978, S. 71), scheinen technische Lösungen in der Struktur des Krankenhauses zu Beginn des 21. Jahrhunderts mehr denn je allen anderen überlegen, versprechen sie vor allem „klare Antworten auf scheinbar klare Problemstellungen“ (Kathan 2002, S. 128). Zu hinterfragen ist vor allem die „Dominanz einer technischen Orientierung in der Me-

⁵⁵ Durch diese Form der Rollenwahrnehmung dezimiert der Arzt selbst sein professionelles Leistungsspektrum. Vogd deutet die Möglichkeit „technokratischer Regression“ (Vogd 2002, S. 308) an, ebenfalls unter professionssoziologischen Gesichtspunkten argumentieren Bollinger/ Hohl mit ihrem Szenario des „Facharbeiter für angewandte Medizinalwissenschaft“ (Bollinger/ Hohl 1981, S. 461) in eine ähnliche Richtung. Alternativ zu diesem Szenario verweist Badura auf die Möglichkeit der „Ausdifferenzierung des ärztlichen Berufs in zwei Richtungen“; zum einen „die des biotechnischen Spezialisten mit ausgeprägter Teamfähigkeit“ und die des „sozial kompetenten Allgemeinarztes“ (Badura 1996, S. 47). Die Austauschbarkeit des nicht mehr „behandelnden“, sondern schwerpunktmäßig befundenenden Arztes und die hohe Fluktuation bei der Arztwahl sind weitere hiermit in Verbindung zu bringende Folgen; der nächste Facharzt, der eventuell technisch kompetenter und wissenschaftlich mehr up to date ist, ist schnell gefunden.

dizin“ (Weishaupt 1994, S. 239), die Technikeinsatz als „Königsweg“ zur Bewältigung gesundheitlicher Beeinträchtigungen vorsieht (vgl. ebd.) bzw. der „Überschuss an technischer Rationalität im klinischen Versorgungsangebot“ (Badura/ Feuerstein 1996, S. 14). Festzustellen ist insgesamt eine Verschiebung der Bewertung von angemessenem und sachlich richtigem Handeln zugunsten eines technisch-instrumentellen Handelns sowie damit einhergehend die Transformation des Selbstverständnisses und der Prioritäten der Beschäftigten zugunsten einer technischen Orientierung (vgl. Badura 1996, S. 24). Im Rahmen einer solchen erfährt nicht-technisches Handeln tendenziell eine Abwertung. Dies betrifft in erster Linie die interaktions- und kommunikationsintensiven Tätigkeitselemente des ärztlichen Handelns⁵⁶. Als problematisch erweist sich jedoch weniger die Technik selbst, sondern ihre „Fetischisierung und die damit verknüpfte Abwertung des Zwischenmenschlichen“ (Kathan 2002, S. 130). Eine (Wieder-) Aufwertung interaktionsintensiver Leistungen und sozialer Kompetenzen insbesondere auch in technikintensiven Arbeitszusammenhängen erscheint erforderlich (Badura 1996, S. 23).

Die in technikkritischen Betrachtungen oftmals abgeleitete Forderung nach der Bewahrung einer „ursprünglichen Menschlichkeit“ (Bodamer 1962, S. 10) in der technisierten Medizin ist umfassender einzubetten in eine Hinterfragung des sich in Technik manifestierenden wissenschaftlich-technischen Denkstils, der sich mit der Erkenntnislogik der ärztlichen Praxis als nicht immer kompatibel erweist. Auf Grundlage der „ideellen Voraussetzungen“ (Weishaupt 1994, S. 242) der Verwissenschaftlichung ärztlichen Handelns wird durch den technisch mediatisierten Zugriff der dem biomedizinischen Paradigma entsprechende reduktionistische Zugriff auf das Erkenntnisobjekt Patient bzw. seinen Körper als „Datenlieferant“ (ebd. S. 254) verwirklicht. Die Technisierung des Erkenntnisprozesses im Sinne einer „Begrenzung der medizinischen Wahrnehmung auf technisch kommunizierbare Einzeldimensionen des Patientenkörpers“ (Feuerstein 1996a, S. 121) bedeutet somit in erster Linie „eine Gewichtsverlagerung von qualitativen zu quantitativen Merkmalen von Krankheit“ (Silomon 1983, S. 16). Es zeigt sich jedoch, dass die Problemstellung der Diagnostik in vielen Fällen eine Reduktion auf technische Lösungsmuster im Sinne einer „Quantifizierung und Mathematisierung medizinischer Wahrnehmungsleistung“ (Feuerstein 1996a, S. 134) nicht zulässt.

⁵⁶ Hiermit einher geht eine weitere Ab- bzw. Entwertung nicht-technisch dominierter Handlungsfelder wie der Pflege, die trotz des Trends zur Technisierung auch dieses Felds („Pflegeroboter“) nach wie vor mehr als die verwissenschaftlichte Medizin durch die Merkmale und Tätigkeitselemente der Interaktion und persönlichen Zuwendung geprägt ist.

Zur Verdeutlichung der Argumentation sind die mit der Technisierung ärztlichen Handelns verbundenen Zielsetzungen zu vergegenwärtigen. Der Anwendung von Technik liegt im Rahmen eines Verständnisses von Technik als Vergegenständlichung naturwissenschaftlicher Erkenntnis die Ambition zugrunde, die mit der klinischen Arbeit einhergehenden „Ungewissheiten“ und „Unkontrollierbarkeiten“ zu reduzieren (vgl. Badura 1996, S. 25), wenn nicht sogar zu eliminieren. Als mutmaßlicher Produzent von Ungewissheit gerät die Subjektivität des ärztlichen Urteils bzw. die Subjekthaftigkeit der ärztlichen Handlung wie auch des handelnden Arztes ins Visier der Objektivierungsbestrebungen via Technik. Transportiert werden vom messenden technischen Medium überwiegend objektive Informationen („Hardfacts“), die ihrerseits objektivierende Handlungsweisen unterstützen. Befördert wird daher durch die technische Mediatisierung eine „Spaltung des Subjekts“, hier des erkennenden Arztes, „in seine objektivierbaren und nicht-objektivierbaren Anteile“ (Böhle 2003a, S. 114)⁵⁷.

In erkenntnistheoretischer Hinsicht ist somit die prominente Stellung von Technik im ärztlichen Handeln vor allem unter dem Gesichtspunkt ihres Konstruktionsprinzips als Produzent von Objektivität und Rationalität - und somit (vermeintlich) immer überlegener Erkenntnis- methode zu problematisieren. Neben der Gefahr der Ausblendung psychosozialer Kontexte in einem von Technik dominierten Diagnoseprozess (vgl. Feuerstein 1996a, S. 133-134), im Rahmen dessen durch den Eintritt von Technik in das soziale Setting „Sozialkontexte präformiert“ (ebd., S. 106-107) werden, besteht die Gefahr der technikimmanenten modellhaften Verkürzung komplexer biophysikalischer Abläufe. So könne sich ein „in Technik eingeschriebenes Handlungsprogramm“⁵⁸. (Otte 1995, S. 24) normierend auf das ärztliche Handeln auswirken. Diesem Gedanken folgend befördert die Gestaltung des ärztlichen Erkenntnisprozesses analog zu den Kriterien eines „instrumentellen“, d. h., an der Funktionsweise des technischen Geräts orientierten Handelns eine Verkürzung der Erkenntnismöglichkeiten, indem technisch nicht-Erfassbares (bzw. nicht-Objektivierbares) marginalisiert wird⁵⁹. Im Rahmen

⁵⁷ Als dem ärztlichen Erkenntnisprozess unangemessen erweist sich die – für die Verwissenschaftlichung von Praxisfeldern charakteristische - „paradigmatische Grenzziehung zwischen physikalisch-organischen und psychisch-subjektiven Gegebenheiten“ (Pfeiffer 2004, S. 66), als deren Konsequenz subjektive Elemente nicht nur in den Hintergrund treten, sondern die Subjekte darüber hinaus zur (Selbst-) Objektivierung ihrer subjektiven Handlungsanteile gezwungen werden (vgl. ebd.).

⁵⁸ Otte 1995 merkt diesbezüglich an: „Technologien erlauben nur das zu sehen, wofür sie gebaut wurden“ (Otte 1995, S. 24). Vergessen wird darüber hinaus häufig, dass technische Geräte über ein „eingebautes Wissen“ verfügen, das nicht nur von Ärzten, sondern vor allem von Angehörigen fachfremder, wissenschaftlich-technischer Berufsgruppen generiert wurde (vgl. ebd., S. 22).

⁵⁹ Differenziert werden kann hierbei hinsichtlich des Autonomiegrads von Technik bzw. des menschlichen Anteils im Rahmen des technischen Vorgangs zwischen „technomorphen“ und „technonomen“ Handlungsweisen im Zusammenhang mit Technik: Technomorphen Handeln beschreibt ein unreflek-

einer einseitigen Fokussierung auf die Erhebung der für das technische System notwendigen Daten sind nicht-objektivierbare Erkenntnisvorgänge davon bedroht, verdrängt bzw. zumindest in ihrem Gültigkeitsanspruch dem objektiv Messbaren untergeordnet werden. Konsequenzen hat dies für den „ärztlichen Blick“, der im Zuge einer solchen „apparativen Formierung“ (Feuerstein 1996a, S. 135) zu einem durch die Logik des technischen Systems einseitig überformten und auf das Registrieren messbarer Tatsachen verengten „medizinischen Blick“ (vgl. Dörner 2001) werden kann. Im Rahmen einer solchen Delegation des Erkenntnisvorgangs an Technik übernehme das Artefakt als objektiver Indikator anstelle des Humanexperten die Deutungshoheit über das Vorliegen einer gesundheitlichen Störung. In dieser Variante einer radikalen Dehumanisierung des Erkenntnisvorgang ist Technik nicht länger Handwerksgerät im Dienst eines erkennenden Subjekts, sondern wird zum quasi-selbsttätigen Garant von objektiver und somit „richtiger“ Erkenntnis⁶⁰.

Eine solche rein wissenschaftlich-technische Konzeption des Erkenntnisprozesses ist jedoch offenbar empirisch nicht haltbar, wird dieser Grad der Ausschaltung von Subjektivität zugunsten einer Objektivitätsnorm in der Praxis kaum vorzufinden sein. So unter anderem deshalb, weil die Technisierung des ärztlichen Erkenntnisprozesses ihrerseits anstelle derer, die sie ausmerzen soll, neue Unsicherheiten erzeugt, die das ärztliche Handeln nicht unbedingt einfacher und eindeutiger gestalten, wie man vor dem Hintergrund (vermeintlich) objektiver Befundung meinen müsste⁶¹. Zum einen erhöht ein Mehr an technisch generierten Daten nicht unwesentlich die Entscheidungskomplexität (vgl. Schubert 2006, S. 108), die wiederum kaum durch eine ausschließlich harte Daten fokussierende „Geometrisierung des ärztlichen Blicks“ (ebd.) zu bewältigen ist- sogar wird der typisch „technische Blick“ mitunter als Ursache für Fehldiagnosen benannt (vgl. Halfar 1993, S. 202). Vielmehr zeigt sich in der Fähigkeit zur

tiertes, dem Automatismus des Geräts angepasstes Handeln, während technonomes Handeln die abgeschwächte Version eines immer noch an der Funktionslogik des Apparates orientierten, aber „mitdenkenden“ Handelns bedeutet. Als autonom-ärztliches Handeln hingegen ist eine Form der Techniknutzung zu verstehen, im Rahmen derer technische Befunde in einen hiervon unabhängigen Problemlöseprozess integriert werden (vgl. Hartmann 1983, S. 47).

⁶⁰ Verwiesen werden muss in diesem Zusammenhang auf die Komplexität und Schwierigkeit der Beherrschung der nicht selbsttätig funktionierenden medizintechnischen Geräte. Die sich stetig verkürzenden Innovationsszyklen von Technik erfordern die permanente Weiterqualifizierung des ärztlichen Personals, der aufgrund von Zeit- und Personalknappheit kaum entsprochen werden kann (vgl. Badura 1996, S. 67). So führen „verbreitete Ausbildungsdefizite der Gerätebediener“ (Badura 1996, S. 68) sowie auch Mängel auf Seiten der Technik wie „Kompatibilitätsprobleme“ (Feuerstein 1996, S. 136) und Gerätestörungen oftmals nicht zur Ent-, sondern zu vermehrter Arbeitsbelastung in der hoch technisierten Medizin.

⁶¹ Unter anderem hierauf bezieht sich Wagner 1995, wenn er von „reflexiven Unsicherheiten“ der verwissenschaftlichten und technisierten ärztlichen Praxis spricht.

ärztlichen Interpretation der vielfach im Überfluss vorhandenen technischen Daten „eine Kunst, die sich zwischen Präzision und Phantasie bewegt“ (Feuerstein 1996b, S. 197)⁶², demzufolge eine menschliche Leistung, die in hohem Maße von personengebundenen, subjektiven Fähigkeiten getragen wird. Quasi durch die Hintertür kommt auf diese Weise die Subjektivität des Humanexperten, die ihn vom „bloßen Techniker“ bzw. (Be-) Diener einer komplexen Erkenntnismaschine unterscheidet, als originäres und unverzichtbares Element des Erkenntnisprozesses wieder ins Spiel⁶³. Im Rahmen einer solchen Art von Techniknutzung bedient sich vielmehr das handelnde Subjekt dem technischen Hilfsmittel.

Der oftmals normativ geleitete Wunsch nach „mehr Menschlichkeit in der Medizin“ kann – so die hier vertretene Position - nicht getrennt werden von einer angemessenen Einschätzung technischer wie auch menschlicher Erkenntnismöglichkeiten sowie der Anerkennung personengebundener, subjektiver Fähigkeiten im Kontext technisch mediatisierter Erkenntnisprozesse. Als offenbar notwendige „Verärztlichung von Technik“ (Dörner 2001, S. 317) könnte hiermit eine gegenläufige Entwicklung zur „Technisierung von Ärztlichkeit“ angestoßen werden.

Hiermit sei auf problematische Entwicklungen in der Technisierung ärztlichen Handelns hingewiesen. Verdeutlicht werden sollte in erster Linie, dass Technikeinsatz, anders als gemeinhin angenommen, „nur sehr bedingt als sachlogische Realisierung objektiver Erkenntnis begriffen werden kann“ (Feuerstein 1996a, S. 113). Techniknutzung vollzieht in der Praxis häufig unter Einsatz von anderen Erkenntnismethoden und Wissensformen, als es ein rein objektivierend-instrumentell konzipierter Vorgang suggeriert. Insbesondere die Betrachtung des Erkenntnisprozesses im Zusammenhang mit den bildgebenden Verfahren verweisen auf einen wesentlich komplexeren Prozess. Eine Erweiterung der Perspektive auf das Verhältnis von Mensch und Technik in der Medizin entfaltet Schubert 2006 in seiner empirischen Untersuchung der Interaktion von Mensch und Technik als „soziotechnische Ensembles“ (Schubert 2006, S. 15, S. 113f.) am Beispiel des Operationssaals als besonders technikintensivem Setting. Jenseits der Diskussion von Technik- vs. Sozialdeterminismus, die nach Schubert angesichts der Komplexität des Gegenstands zu kurz greift (vgl. ebd., S. 196), betont Schubert mit den „soziotechnischen Ensembles“ „als hybriden Konfigurationen, deren Kooperationszu-

⁶² Zur Interpretationsleistung im Zusammenhang mit technischen Befunden („Interpretationskunst“) siehe B 2.3.3.7.

⁶³ Ein Beispiel hierfür sind die Alarmartefakte in der Intensivmedizin, die „der Korrektur durch menschliche Interaktionskompetenz“ (Feuerstein 1996, S. 115) bedürfen. Schubert 2006 verweist in diesem Zusammenhang auf „die Technikgläubigkeit der unerfahrenen Kollegen, die sich mehr auf die Daten des Monitoring verlassen als auf den Patienten selbst konzentrieren“ (Schubert 2006, S. 81).

sammenhänge als situativ hervorgebrachte Ordnungsmuster konzipiert sind“ (Schubert 2006, S. 124) die enge Verflechtung von „menschlichen und technischen Aktivitäten in Hightech-Arbeitssettings“ (ebd.). Mit konventionellen Unterscheidungen und Zuschreibungen der Technikbetrachtung (als entweder sozialem oder technischem Handeln sowie der Konzeption von Medizintechnik als mit humaner Versorgung unvereinbar) brechend perspektiviert Schubert Technik nicht als „Widerpart des Sozialen“ (Schubert 2006, S. 81) zur sondern als „Teil der sozialen Struktur von Krankenhäusern“ (vgl. ebd.). Anstelle der Frage einer Beeinflussung oder sogar Formung des ärztlichen Handelns durch Technik steht so bei Schubert das wechselseitige Zusammenwirken (bzw. die „wechselseitig bedingte Handlungsträgerschaft“, ebd., S. 69) als „Produkt eines komplexen Wechselspiels von Akteuren und Artefakten“ (ebd., S. 70) im Vordergrund. Der konzeptuell zugrundeliegende Kooperationsbegriff verweist auf die Notwendigkeit eines solchen Zusammenwirkens von Menschen und Artefakten, deren jeweils unterschiedliche Ausprägungen als „situative Mischformen aus Routine, Standard, Vorgaben, Abweichung, Anpassung und Reorganisation“ (Schubert 2006, S. 125) beschrieben werden. Hierbei wird vor allem der „routinierten Improvisation“ (vgl. ebd., S. 128f.), die z. B. im „Umgang mit Störungen des antizipierten Ablaufs“ (ebd., S. 129) erforderlich sei, ein hoher Stellenwert zugewiesen.

Auf Grundlage ausgewählter empirischer Beobachtungen, die das gemeinsame Merkmal einer zeitkritischen Situationen aufweisen, dementsprechend eine vollständige Planbarkeit des Handlungsablaufs nicht vorliegt, bezieht sich Schubert zu deren handlungstheoretischer Verortung auf das Konzept des Erfahrungswissens bzw. subjektivierenden Handelns nach Böhle (siehe dazu B 4.) und zeigt das Vorhandensein spezifischer Fähigkeiten als Voraussetzungen zum Umgang mit Technik auf (siehe dazu auch B 2.3.3.7.). Durch die Sichtweise auf das soziotechnische Ensemble als hybride Handlungseinheit im Sinne einer Verteilung einer Handlung „auf menschliche Akteure und technische Artefakte“ (ebd.) - als solche als „Produkt“ der modernen Medizin auch der „vermittelte“, d.h. technisch mediatisierte, ärztliche Blick zu gelten hat (ebd., S. 204) – kann das herkömmliche Bild von Mensch und Technik⁶⁴ differenziert und zudem und „in Richtung subjektivierender Formen geöffnet werden“ (ebd., S. 226), wofür die Arbeit eine Vielzahl überzeugender Belege liefert. Zu betonen ist abschließend die Bedeutung der jeweiligen Formierung von Technik. Insbesondere mit der zuletzt vorgestellten Untersuchung soll darauf verwiesen werden, dass weder „schwarz-weißes Bild von Technik“ (ebd., S. 90) im Sinne eines Technikdeterminismus angemessen erscheint, noch das abwegige

⁶⁴ So im Sinne von Schuberts These: „Bei einem zweiten Blick wird der streng dichotome Gegensatz von Gefühlen und Geräten jedoch brüchig“ (Schubert 2006, S. 81).

Argument verfochten werden soll, Medizintechnik sei nicht als sinnvolles Erkenntnisinstrument einsetzbar. Die alltägliche Praxis und auch empirische Untersuchungen beweisen das Gegenteil und zeigen zugleich Kontingenzen bei der Techniknutzung auf. So kann Technik z. B. unter bestimmten Bedingungen auch in der High-Tech-Medizin als „Verlängerung des Körpers“ des untersuchenden Arztes⁶⁵ fungieren. Ebenso ist es kein Automatismus, dass Technikeinsatz zwangsweise den Patient aus dem Blick geraten lassen muss, können schließlich Befunde präsentiert werden, die verdeutlichen, dass im Rahmen eines „subjektivierenden Umgangs mit Technik“ die Einbindung des Patienten prinzipiell gelingen kann. Dass auch Technikgestaltung grundsätzlich „anders“ möglich ist, zeigen weiterhin vereinzelte vielversprechende Ansätze zur Technikentwicklung, die Erkenntnis- und Handlungsweisen des Arztes berücksichtigen, die sich nicht als objektivierend-instrumentelles Handeln beschreiben lassen. Techniken mit „Werkzeug- oder Assistenzcharakter“, die die sinnliche Wahrnehmung unterstützen kommen u. a. in der minimalinvasiven Chirurgie zum Einsatz (vgl. Weishaupt 1994, S. 255- 256). Seit den 1990er Jahren richtet sich ein großer Teil des entwicklungstechnischen Ehrgeizes auf die Optimierung der „Mensch-Maschine-Schnittstelle“, die jüngst vor allem durch Berücksichtigung haptischer Qualitäten des Wahrnehmungsprozesses realisiert werden kann (vgl. Bannwolf 2007, S. 91). An Einfluss zu gewinnen scheinen Ansätze, „die vermehrt den Menschen mit all seinen (objektiven als auch subjektiven) Fähigkeiten in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken“ (ebd.), somit die besonderen Leistungen menschlicher Wahrnehmung und praktischen Handelns unterstützen.

⁶⁵ Schäfer 1983 (vgl. Feuerstein 1996, S. 113) differenziert in erkenntnistheoretischer Hinsicht zwischen „heterologen“ Techniken, die der menschlichen Sinneswahrnehmung unzugängliche Bereiche sichtbar machen, und „homologen“ Verfahren, die den Arzt in seiner direkten sinnlichen Wahrnehmungsleistung unterstützen. Auch wenn letztere subjektivierende Handlungsweisen vermutlich erleichtern und begünstigen wird diese Differenzierung in der vorliegenden Arbeit nicht übernommen. Als Differenzierungskriterium für ein der technischen Logik folgendes instrumentell-objektivierendes Handeln gegenüber einem als subjektivierend zu beschreibenden Handeln werden Denk- und Erlebensformen betrachtet, die nicht zwangsweise an diese Unterscheidung gebunden sein müssen.

3 Ökonomisierung: Vom Gesundheitswesen zum Gesundheitsmarkt – vom Arzt zum Kaufmann- vom Patient zum Kunden?

Als aktuell dominantester Einflussfaktor auf das von verschiedenen makrostrukturellen Entwicklungen dynamisierte Feld der Gesundheitsversorgung muss wohl die Ökonomisierung des Gesundheitssystems betrachtet werden. Dieses befindet sich seit über zwei Jahrzehnten aufgrund des zunehmenden „Drucks ökonomischer Effizienzkriterien“ (Kocka 2006) im Übergang von einer sozialstaatlich alimentierten „Kultur des Heilens“ (ebd.) zum „Gesundheitsmarkt“. Diese Entwicklung, durch welche im Rahmen eines umfassenden Transformationsprozesses Strukturen des korporatistischen Modells sukzessive zu Marktprozessen umdefiniert wurden, ist das Ergebnis von „Forderungen nach einer radikalen Umgestaltung“ (Borgetto/ Kälble 2007) des Gesundheitssystems im Sinne einer Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen, die seit ihrem Aufkommen in den 1980er Jahren gegenwärtig mehr denn je den gesundheitspolitischen Diskurs bestimmen. So ist das Thema Gesundheitsreform seit drei Jahrzehnten als gesellschaftspolitischer „Dauerbrenner“, wie es vielfach apostrophiert wird, in jeder Legislaturperiode auf den vordersten Plätzen der politischen Agenda vorzufinden. Insbesondere vor dem Hintergrund der „Kostenexplosion“ ist die Thematik der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zum vordringlichsten Problemfeld der Gesundheitspolitik avanciert. Zur derzeit unterhinterfragten Losung wurde „Wettbewerb im Gesundheitswesen“, durch welchen sowohl Wirtschaftlichkeit und als auch eine Qualitätsverbesserung von Versorgungsprozessen erreicht werden soll.

Zum Ausdruck kommt hierdurch eine Veränderung im generellen Grundverständnis von Medizin, Krankheit und Gesundheit, bzw. der gesellschaftlichen Einschätzung, welche Rolle wirtschaftlichen Prinzipien in der öffentlichen Gesundheitsversorgung zugestanden werden darf. So konstatiert mancher Beobachter der aktuellen Entwicklungen mit dem Aufkommen der „Ware Gesundheit“ schon „das Ende der klassischen Medizin“ (Titel Unschuld 2009). Folgen und Auswirkungen der immer konsequenter verfolgten gesundheitspolitischen Stoßrichtung der Vermarktlichung des Gesundheitssystems treten, verglichen mit den zwei zuvor skizzierten und vergleichsweise subtiler wirksamen „älteren“ Dynamiken der Verwissenschaftlichung und Technisierung, deutlicher als sachfremd auf. Die zunehmende Bestimmung des einst als wohlfahrtsstaatliches System konzipierten Gesundheitswesens durch marktwirt-

schaftliche Logiken für bedeutet für die professionellen Akteure der „Heilberufe“ eine einschneidende Veränderung institutioneller Rahmenbedingungen, stellenweise sogar eine Neudefinition ihres Tätigkeitsziels. Für Patienten werden Konsequenzen der primär ökonomischen Betrachtung von gesundheitlicher Versorgung in erster Linie als Leistungskürzung spürbar. Infolgedessen treten in der öffentlichen Wahrnehmung immer stärker Fragen der Verteilungsgerechtigkeit der rationierungsbedingt knapper werdenden Gesundheitsleistungen hervor. Auch ist die Fülle an Neuerscheinungen zum Thema, die Erscheinungsformen des Gesundheitsmarkts skandalisieren, kaum mehr zu überblicken⁶⁶ Nicht zuletzt als Indikator für die hohe Brisanz des Problems wie auch ein wachsendes Problembewusstsein der Öffentlichkeit für dieses gesellschaftlich hochrelevante Thema ist sie sehr ernst zu nehmen.

Dem Anspruch auf eine vollständige Darstellung des Wandlungsprozesses von einem solidarischen Gesundheitssystem hin zu einem von ökonomischen Wettbewerbslogiken bestimmten Gesundheitsmarkt kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit kaum genügt werden. Skizziert werden - dem Erkenntnisinteresse der Darstellung von Auswirkungen makrostruktureller Dynamiken auf die ärztliche Tätigkeit genügend - in erster Linie die im Hinblick auf veränderte Erwartungen an das ärztliche Handeln als wesentlich erscheinenden Eckpfeiler des Transformationsprozesses des Gesundheitssystems der letzten zwanzig Jahre. Im zweiten Teil dieses Kapitels sind die Konsequenzen der beschriebenen Entwicklungen für das ärztliche Handeln, welches offenbar in zunehmendem Maße ökonomischen Prinzipien unterliegt, näher zu betrachten.

3.1 Grundpfeiler des Systems der solidarischen Gesundheitsversorgung

Unser heutiges System der Gesundheitsversorgung mit den Kernelementen „Solidaritätsprinzip“ als Ausgleich zwischen ökonomisch stärkeren und schwächeren Versicherten, dem „Bedarfsprinzip“, nach welchem Leistungen allein nach dem medizinischen Bedarf der Versicherten und unabhängig von der Höhe der entrichteten Beiträge gewährt werden sollen, sowie der „Versicherungspflicht“ (vgl. Braun/ Kühn/ Reiners 1998, S. 11f.) basiert auf der Sozialgesetzgebung Bismarcks aus dem Jahr 1883, die dem wachsenden Bedarf der Industrie an einer erwerbsfähigen Bevölkerung begegnete (vgl. Straub 2002, Siegrist 2005, S. 325, Preusker

⁶⁶ So z. B. König 2007: „Ein Chefarzt klagt an: Von der Profitgier der Klinikbetreiber“ oder Hartwig 2009: „Der verkaufte Patient“.

2008, S. 26-34). Begründet wurden mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als „staatlichem Modell“ und der später dazugekommenen Privaten Krankenversicherung (PKV) als marktwirtschaftlichem Modell zwei ihrer Funktionsweise nach unterschiedliche Versorgungs- und Finanzierungsmodelle, die bis heute parallel bestehen⁶⁷. Als tradierte Elemente sind weiterhin die Bindung der Versicherungspflicht an Beschäftigungsverhältnisse, die Bemessung der Beitragszahlung nach der Einkommenshöhe sowie die Aufteilung der Beitragszahlung auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu betrachten (vgl. Preusker 2008, S. 60). Diese Elemente bilden die kaum anfechtbare Grundlage des Systems der solidarischen Krankenversicherung⁶⁸, wenn auch sie durch die vergangenen Reformen teilweise tangiert (z. B. durch die Erhöhung des Arbeitnehmeranteils) und durch die derzeitige gesundheitspolitische Großwetterlage zunehmend ins Visier des ökonomisch motivierten Leistungsabbaus genommen werden (Stichwort „Eigenverantwortung“). Um den zukünftigen Herausforderungen des voraussichtlich stark steigenden Pflegebedarfs begegnen zu können, wurde 1995 als weitere Säule die gesetzliche Pflegeversicherung eingeführt (vgl. ebd., S. 74-75), deren Beitragssatz sich im Jahr 2011 auf mittlerweile 1,95% vom Einkommen (bzw. sogar 2,2% für kinderlose Erwerbstätige) beläuft.

Als Grundpfeiler der Krankenhausfinanzierung wurde mit der „großen Krankenhausreform“ von 1972 das System der dualen Krankenhausfinanzierung durch Länder und Krankenkassen etabliert, das mit dem „Selbstkostendeckungsprinzip“ die Kosten der Krankenbehandlung vollständig durch die Kassen abdeckte (vgl. ebd., S. 41)⁶⁹. Beide Strukturelemente gehören mittlerweile der Vergangenheit an. So wurde sich ab Mitte der 1990er Jahre einem monistischen Finanzierungsmodell⁷⁰ angenähert, da der Anteil der Länder knappheitsbedingt immer weiter absank und schließlich im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds 2009 gänzlich entfiel (vgl. ebd., S. 299-300, S. 313). Das „Selbstkostendeckungsprinzip“ wurde später als Faktor für steigende Kosten verantwortlich gemacht und schließlich mit dem GSG 1993 durch die prospektiven Budgets ersetzt (vgl. ebd., S. 41). Die Abwendung vom Prinzip der retrospektiven Finanzierung zu einem System der prospektiven Finanzierung stellt ein we-

⁶⁷ Ca. 90% der Bundesbürger sind gegenwärtig gesetzlich versichert, wobei die neuen Bundesländer mit einer sich in den letzten zehn Jahren allmählich angleichenden Quote von 93% gesetzlich versicherten (Quelle: BMG 2009) den Schnitt immer noch leicht anheben.

⁶⁸ Gesprochen wird in diesem Zusammenhang von einer „bemerkenswerte(n) Kontinuität der GKV“ (Schmidt in: Zimmermann 2011, S. 7).

⁶⁹ Das „Selbstkostendeckungsprinzip“ wurde später als Faktor für steigende Kosten verantwortlich gemacht und schließlich mit dem GSG 1993 durch die prospektiven Budgets ersetzt (vgl. Preusker 2008, S. 41).

⁷⁰ Siehe dazu ausführlicher: Rürup et al. 2008

sentliches Element der (später näher zu erläuternden) wettbewerbsorientierten Strukturreformen Anfang der 1990er Jahre dar.

Aufgrund seiner vielfältigen Verflechtung mit anderen gesellschaftlichen Teilsystemen wie dem Wirtschafts-, Rechts-, Sozial- und Bildungssystem ist das deutsche Gesundheitssystem darüber hinaus als äußerst komplexes System zu betrachten (vgl. Borgetto/ Kälble 2007, S. 92), das eine Vielzahl von Besonderheiten aufweist⁷¹. In seiner Funktionsweise unterscheidet sich das Gesundheitssystem als solidarisches System grundsätzlich von einem marktwirtschaftlich regulierten System, wenn auch eine zunehmende Überformung des korporatistischen Systems durch ökonomische Prinzipien als prägende Dynamik der letzten zwei Jahrzehnte festzustellen ist. So ist als ein Strukturmerkmal des deutschen Gesundheitssystems das „Dreiecksverhältnis“ zwischen Leistungsanbietern, Leistungsnehmern und Kostenträgern anzuführen, durch welches sich der Prozess der Ressourcenallokation- und -distribution von einem rein ökonomisch vermittelten Marktgeschehen unterscheidet (vgl. Preusker 2008, S. 13). Auch nach den jüngsten Reformen gestaltet sich die Gesundheitsgesetzgebung als „Nebeneinander eines umfassenden Versorgungsanspruchs und der Forderung, das Wirtschaftlichkeitsgebot⁷² zu beachten“ (Braun et. al. 2010, S. 67). Hierbei ist als übergreifende Tendenz die sukzessive Schwächung des Sachleistungsprinzips und des Solidarprinzips gegenüber einer Stärkung der Eigenverantwortung und des Wirtschaftlichkeitsgebots zu benennen. Kennzeichnend für die gesundheitspolitische Systemgestaltung im Sinne einer Stärkung des Wirtschaftlichkeitsgebots seit den 1980er Jahren ist die Zunahme ökonomischer Kontrollinstrumente, wie als eine der ersten Maßnahmen beispielhaft realisiert durch den 1989 gegründeten Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), der das Ordnungsverhalten der Ärzte, vormals inhaltlicher Überprüfung entzogen, gegenüber den Krankenkassen transparenter gestalten soll (vgl. ebd., S. 68).

⁷¹ Die folgende Definition verweist auf die Vielschichtigkeit und Akteurspluralität des Systems: „Ein Gesundheitssystem umfasst die Gesamtheit der Mittel, Personen und Institutionen, die zur Durchführung gesundheitsbezogener Aktionen zur Verfügung stehen sowie deren Organisation und Finanzierung“ (Siegrist 2005, S. 324). Da im Rahmen der vorliegenden Arbeit keine annähernd vollständige Darstellung der komplexen Architektur des Gesundheitssystems erfolgen kann, sei an dieser Stelle auf die Arbeit von Preusker 2008 verwiesen, die zu einem Grundverständnis sowie Zugang zu aktuellen Problemen aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive verhilft.

⁷² Generell gilt seit 1975 in der GKV das „Wirtschaftlichkeitsgebot“, nach welchem „Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen, „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen (§ 12 Abs. 1 SGB), wobei die Entscheidung hierüber dem behandelnden Arzt zukommt (vgl. Preusker 2008, S. 172).

3.2 „Kostenexplosion“ im Gesundheitssystem und Kostendämpfungs- politik

Das bekannte Schlagwort der „Kostenexplosion“ im Gesundheitssystem bestimmt seit nunmehr drei Jahrzehnten die gesundheitspolitische Debatte- zumeist verknüpft mit der Forderung nach „Kostendämpfung“, die zumeist auf eine Senkung der Arbeitgeberbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung abzielt (vgl. Gerlinger/ Stegmüller 2009, S. 135). In den einhundert Jahren seit der Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde der Leistungsumfang vor dem Hintergrund von Vollbeschäftigung, Wirtschaftswachstum und einer im Vergleich zu heute deutlich günstigeren Altersstruktur beträchtlich ausgebaut, bis Mitte der 1970er Jahre angesichts erster Finanzierungskrisen erstmalig die bis heute anhaltenden Forderungen nach „Kostendämpfung“ gestellt wurden, schließlich der „insbesondere seit Ende der 1960er Jahre expansive Kurs verlassen“ (Braun et. al. 2010, S. 66) wurde. Die Gesundheitsausgaben sind in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen, so von 186,5 Mrd. im Jahr 1995 auf 245 Mrd. im Jahr 2006 (vgl. Preusker 2008, S. 15, Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2007) im Jahr 2007 mit 253 Mrd. (Pieper 2010, S. 4) bzw. auf 263 Mrd. im Jahr 2008. War es in den 1990er Jahren noch gelungen, den Anteil der Gesundheitskosten im 10%-Bereich des Bruttoinlandsprodukts konstant zu halten, wurde 2009 vermutlich die 11%-Marke gesprengt (Zahlen: Statistisches Bundesamt 2009).

Bevor im weiteren Verlauf der Darstellung der umfassende Ökonomisierungsprozess des gesamten Systems der Gesundheitsversorgung sowie dessen gesundheitspolitische Gestaltung der vergangenen zwei Jahrzehnte in seinen Hauptaspekten skizziert wird, ist zunächst die Problematik der vielzitierten „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen zu beleuchten. Ziel ist die Entwicklung einer differenzierten Perspektive auf die Hintergründe und Zusammenhänge der Entwicklungen, die zu der scheinbar unvermeidlichen Eigendynamik des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen führen.

3.2.1 Kostenanstieg infolge des demographischen Wandels

Als wesentlicher Faktor für den Kostenanstieg ist der demographische Wandel der Bevölkerungsstruktur zu benennen. Dieser wirkt sich doppelt problematisch aus, da weniger Beitragszahler eine höhere Anzahl von Rentnern mitfinanzieren müssen (von 6,2 Erwerbstätigen pro Rentner im Jahr 1950 auf prognostizierte 1,7 Erwerbstätige pro Rentner im Jahr 2050, Zahlen: Erbsland 2007, S. 18), die zudem naturgemäß höhere pro Kopf-Gesundheitskosten verursa-

chen. „Altersspezifische Ausgabenprofile“ indizieren eine Verdreifachung der pro- Kopf-Gesundheitskosten auf über 5000€ pro Kopf/ Jahr im Lebensalter zwischen 45 und 65 sowie eine weitere statistische Verdreifachung ab dem 85. Lebensjahr auf über 15.000€ jährlich (vgl. Erbsland 2007, S. 21 tabellarische Übersicht). So ist allein mit einer deutlichen Erhöhung des Pflegebedarfs⁷³ (geschätzte Steigerung bis 2030: 58%, vgl. Preusker 2008, S. 182) wie auch der Krankenhausfälle um 12% (vgl. ebd., S. 23) sowie einer starken Zunahme altersbedingter schwerer Erkrankungen (vgl. ebd., S. 184) zu rechnen.

Prognosen auf den Beitragssatz der GKV gestalten sich aufgrund der zahlreichen Variablen, die hierauf Einfluss haben (z. B. die Lohn- und Beschäftigungsentwicklung oder die Kosten für die technologische Entwicklung, s. u.), als sehr schwierig, gerechnet werden muss jedoch mit einer Steigerung um weitere 4,4 % bis 2050 (vgl. Erbsland 2007, S. 47). Ebenso sehen Hochrechnungen die Erhöhung des Beitrags zur Pflegeversicherung auf bis zu 7% als notwendig an, um dem im Jahr 2045 zu erwartenden Pflegeaufkommen begegnen zu können (vgl. ebd., S. 49). Die Perspektiven einer zukünftigen solidarischen Finanzierung sind derzeit unklar (vgl. Preusker 2008, S. 335).

3.2.2 Kostenanstieg als Folge von Technisierung?

Als zweiter Faktor neben der Bevölkerungsentwicklung wird zumeist der medizinisch-technische Fortschritt als Kostenfaktor des Gesundheitssystems⁷⁴ benannt (vgl. Erbsland 2007, S. 47). Der rasante technologische Fortschritt macht stetig steigende Investitionskosten erforderlich. Im Sektor der Medizintechnik wurden von deutschen Firmen im Jahr 2009 18,85 Mrd. Euro umgesetzt, wobei mit etwas über sechs Milliarden ein knappes Drittel auf das Inlandsgeschäft entfiel (Quelle: Statistisches Bundesamt)⁷⁵. Für das Jahr 2010 werden nach

⁷³ Bereits heute ist ein Mangel an Fachpflegekräften zu verzeichnen. In einer alternden Gesellschaft ist eine deutliche Erhöhung der Zahl der Pflegebedürftigen zu erwarten (bis 2030 um weitere 12% gegenüber 2007, Zahlen Pieper 2010, S. 5)

⁷⁴ In einem Atemzug zu nennen ist in diesem Zusammenhang der Sektor der pharmazeutischen Industrie, dessen Beitrag zu den Gesundheitskosten 2007 auf 41,7 Mrd. Euro (BMG 2009) beziffert wird. Die Kostenverursachung durch den technisch-pharmazeutisch-industriellen Komplex ist somit insgesamt erheblich. So äußert bereits 1980 Arnold Relman, Herausgeber des New England Journal of Medicine: „Der medizinisch- industrielle Komplex hat die Heilkunde kommerzialisiert und in technikintensive Spezialdisziplinen aufgelöst“ (zitiert in: Otte 1995, S. 10).

⁷⁵ So wird der globale Weltmarkt für medizinisch-technische Produkte, in dem Deutschland weltweit nach USA und Japan Rang drei sowie die europäische Spitzenposition in Angebot und Nachfrage einnimmt (vgl. Preusker 2008, S. 276), als „extrem heterogen, innovativ und wachstumsstark“ be-

leichtem weltwirtschaftskrisenbedingten Rückgang im Geschäftsjahr 2009 starke Zuwachsraten sowie das Erreichen der 20Mrd.-Marke erwartet (Channel E 2010). So zeigt sich das hochinnovative Feld der Medizintechnik nicht zuletzt als hart umkämpfter Markt, in dem nicht nur unterschiedliche Hersteller und Vertreiber von Verfahren, sondern auch die einzelnen Kliniken und Fachrichtungen um die jeweilige Vorreiterschaft rivalisieren⁷⁶.

Die Kosten für die Neuanschaffung von technischen Geräten in den deutschen Krankenhäusern werden von einer im Auftrag des BMBF im Jahr 2005 erstellten Studie mit sechs Mrd. Euro ausgewiesen und stellen sich somit im europäischen Vergleich zunächst unterdurchschnittlich dar. Den Löwenanteil machen jedoch die Folgekosten der technischen Einzelleistungen aus, durch welche sich der Anteil von Technik an den Gesamtgesundheitsangaben auf geschätzte 10% im Jahr 2010 hochschraubt⁷⁷ (vgl. Preusker 2008, S. 276-277).

Ob sich Technik mit diesen Zahlen als wesentlicher Kostentreiber – häufig gegenübergestellt den ca. 30% der Gesamtausgaben für Personalkosten - qualifiziert, ist sicherlich eine Frage des Standpunkts. Festzustellen ist jedoch, dass der Gesamtkomplex Technik einen stetig wachsenden Anteil an den Gesamtkosten einnimmt. Eine Beurteilung der Angemessenheit dieser Ausgabenhöhe kann nicht pauschal gefällt werden, zumal die Kosten-Nutzen-Bewertung von Technik mit erheblichen methodischen Schwierigkeiten behaftet ist (vgl. Feuerstein 1996a). Dennoch gibt es zahlreiche Anhaltspunkte für eine verbreitete Anwendungspraxis von Technik, die als weder medizinisch notwendig noch adäquat kritisiert wird, so z. B. im Bereich des Röntgen (vgl. Grönemeyer 2007, S. 53). Eine Absage ist in jedem Fall generalisierenden Zuschreibungen im Sinne von „High-Tech = Kostentreiber“ zu erteilen, da vielfach hohe Folgekosten durch Früherkennung schwerer Krankheiten abgefangen werden können, für die jedoch jegliche Kennzahlen fehlen (vgl. ebd., S. 54), ein aus ökonomischer Sichtweise äußerst schwer zu beurteilendes Gesamtbild des Anwendungsfeldes Medizintechnik somit als Fazit verbleibt.

schrieben. Eine Stagnation der Nachfrage sei jedoch im Inland aufgrund des Kostendrucks der GKV festzustellen (vgl. Akmaz 2009, S. 90).

⁷⁶ Es handelt sich hierbei zudem um einen sehr heterogenen Markt, der viele unterschiedliche Unternehmen, Produkte und Dienstleistungen umfasst. Die breite Produktpalette reicht von Einweg- und Verbrauchsartikeln bis zu medizinisch-technischen Großgeräten und setzt sich aus mehr als 400.000 verschiedenen Artikeln zusammen (vgl. Henke 2007, S. 25)

⁷⁷ Tatsächlich gibt es in Bezug auf die gesamten Kosten für Medizintechnik nur geschätzte und zudem stark divergierende Angaben von knapp 5 bis zu 10% der Gesamtsystemkosten.

3.2.3 Kostendämpfungspolitik

Eine erste Feststellung gilt der Tatsache, dass sich die Gesundheitspolitik nahezu ausschließlich auf das Kostenproblem der medizinischen Versorgung konzentriert⁷⁸. Bereits das erste Kostendämpfungsgesetz 1977 zielte auf eine Senkung der Ausgaben der GKV durch Verlagerung der Kosten auf die Leistungsnehmer (vgl. Braun/ Kühn/ Reiners 1998, S. 10, Preusker 2008, S. 51). Der Umbau der gewachsenen Finanzierungsstrukturen der GKV beginnt in den frühen 1990er Jahren. Während sich die Phase von 1975 bis 1992 noch als „strukturkonservative Kostendämpfungspolitik“ (Gerlinger/ Stegmüller 2009, S. 135) beschreiben lässt, folgt mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993, geplant als „Sparkurs ohne Qualitätseinbußen“ (Otte 1995, S. 90), ein deutlicher Umschwung der Gesundheitspolitik in Richtung (der später genauer zu betrachtenden) „wettbewerbsorientierter Strukturreformen“ (ebd.). So ist mit dem GSG ein „Paradigmenwechsel“ der Gesundheitspolitik (ebd.) in Richtung einer Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung angezeigt. Seither wurde das Instrumentarium ökonomischer Steuerungsmechanismen kontinuierlich erweitert, wobei die neueren Maßnahmen die beiden Hauptstoßrichtungen der Wettbewerbsorientierung der leistungserbringenden Institutionen und der Vermarktlichung von Gesundheitsleistungen fortsetzen bzw. weiterhin verstärken.

Zur zentralen Strategie der Kostendämpfungspolitik wird die kontinuierliche Reduktion des zuvor stetig ausgebauten Leistungskatalogs (vgl. Siegrist 2005, S. 326). Zahlreiche Regelleistungen wurden seither aus der paritätischen Finanzierung ausgegliedert bzw. Spareffekte durch zusätzlich erhobene Selbstbeteiligungen erzielt, so in den Jahren 1996 und 1997 durch die Erhöhung von Medikamentenzuzahlungen und die Streichung bzw. Kürzung der Zuschüsse für Brillen und Zahnersatz (vgl. Braun/ Kühn/ Reiners 1998, S. 15). In dieser Kontinuität steht auch die Gesundheitsreform 2004 mit der Einführung weiterer Zuzahlungsbausteine, so in prominenter Form der zum 1.1.2004 eingeführten „Praxisgebühr“. Mit diesen Maßnahmen wird neben der „Finanzierungsfunktion“ auch eine „Steuerungsfunktion“ intendiert, die eine „unnötige oder übermäßige Inanspruchnahme von Leistungen des Krankenversicherungssystems verhindern soll“ (Preusker 2008, S. 173).

Parallel werden durch die fortgesetzte Erhöhung des Beitragssatzes zur GKV Maßnahmen zur Erhöhung der Einnahmenseite lanciert. So stieg dieser von durchschnittlich 11,4% (1980) und

⁷⁸ Teilweise wird in kritischer Betrachtung dessen eine „manische Fixierung auf's Kostenreduzieren“ konstatiert, während Wachstumspotenziale und die hiermit verbundenen Chancen auf die zu erwartende positive Beschäftigungsentwicklung vernachlässigt würden (vgl. Grönemeyer 2007, S. 49f.).

13,4% (1992) (Zahlen: Braun/ Kühn/ Reiners 1998, S. 21) mit den nun gesetzlich fixierten 15,5% im Jahr 2009 auf ein vorläufiges Allzeithoch, wobei gegenwärtig der Arbeitnehmerbeitrag den Arbeitgeberbeitrag mit 0,9% mittlerweile sogar übersteigt. Die steigenden Gesundheitskosten können auch hiermit nur unzureichend kompensiert werden. Letztendlich klammert die isolierte Betrachtung der Beitragssätze jedoch aus, ob die Ursache hierfür nicht möglicherweise in einer Verringerung auf Einnahmenseite im Rahmen stagnierender Lohnquoten zu suchen wäre (vgl. ebd., S. 31)⁷⁹. Die Dominanz dieser Perspektive lässt Begrenzung auf Leistungsseite unausweichlich erscheinen, während andere Ursachenzuschreibungen für den Kostenanstieg und sich hierauf beziehende Maßnahmen aus dem Blickfeld geraten.

Retrospektiv muss die Kostendämpfungspolitik der letzten Jahrzehnte – unabhängig von der Ursache für die Kostenexplosion- als offenbar gescheitert bezeichnet werden. Vor allem der zentralen Prämisse der Beitragssatzstabilität konnte nicht genügt werden.

3.3 Vermarktlichung des Gesundheitswesens: Privatisierung und Wettbewerbsorientierung

Näher zu betrachten sind im Folgenden die zwei den Transformationsprozess vom Gesundheitswesen zum Gesundheitsmarkt treibenden Tendenzen der Privatisierung des Gesundheitssystems⁸⁰ sowie dessen politische Gestaltung nach marktwirtschaftlichen Prinzipien im Sinne einer Förderung der Wettbewerbsorientierung.

⁷⁹ So bleibt eine politische Thematisierung der Stagnation des allgemeinen Lohnniveaus seit den 1980er Jahren in Bezug auf die Problematik der Kostenexplosion weitgehend aus, obwohl der Beitrag zum Gesundheitssystem direkt an die Löhne gekoppelt ist, die in deutlich geringerem Maß als die Ausgaben für Gesundheit steigen. Nur wenige Untersuchungen fokussieren diese Zusammenhänge, wie z. B. Ulrich/ Schneider 2004, die zeigen, dass in den Jahren 1970- 1995 die Kosten für Medizintechnik im Mittel um 1% stärker stiegen als die realen Einkommen sowie Ulrich/ Schneider 2007, die vorrechnen, dass bei einer zugrunde gelegten Einkommenssteigerung von 2% sowie Kostensteigerung von jährlich 3% die Beitragssätze der Beitragssatz zur GKV bis zum Jahr 2050 auf weit über 20% steigen müsste (vgl. Erbsland 2007, S. 47).

⁸⁰ Zur Privatisierungstendenz im Gesundheitssystem siehe ausführlich: Zimmermann 2011.

3.3.1 Der private „Gesundheitsmarkt“

In den 1990er Jahren wurde das Gesundheitssystem, bis dato „in der wirtschaftspolitischen Debatte vor allem als Kostenfaktor angesehen“ (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung im Oktober 2001, zitiert in Preusker 2008, S. 3), von der Politik als prosperierender Wirtschaftssektor und als „Jobmotor“ entdeckt (vgl. ebd. S. 6-7), „Wohlfahrt, Wachstum und Beschäftigung“ als „tragende Zieldimensionen und Wirkungen des Gesundheitswesens“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten „Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche“ 1997, zitiert in Preusker 2008, S. 3) verkündet. Im Rahmen eines um die ökonomische Perspektive erweiterten Gesundheitssystembegriffs werden vor allem die Verflechtungen der Gesundheitswirtschaft mit anderen Wirtschaftssektoren in den Blick genommen. Betont wird hiermit der „produktive Charakter gesundheitsbezogener Dienstleistungen“ der bislang „zu wenig Berücksichtigung fand“ (zitiert in Preusker 2008, S. 10). Differenziert werden kann die Gesundheitswirtschaft daher in fünf Teilbereiche, zu denen neben dem „Kernbereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung“ auch die „Vorleistungs- und Zulieferindustrien“, die „Randbereiche (z. B. Wellness) und die „Nachbarbranchen“ (Sport- und Ernährungsangebote) sowie der gesamte Arbeitsmarkt für Gesundheits- und soziale Berufe zählen (vgl. ebd., S. 11).

Anders als die öffentlichen Kassen floriert der Gesundheitsmarkt. Keine andere Branche kann derzeit mit der wirtschaftlichen Entwicklungsdynamik des Gesundheitssektors mithalten. Die „Gesundheitsbranche“, vom Sorgenkind zum „volkswirtschaftlichen Faktor“ (Pieper 2010, S. 3) geworden, stellt mit ca. 4,5 Millionen Beschäftigten im Jahr 2008 (Statistisches Bundesamt 2009) den beschäftigungsintensivsten Wirtschaftssektor Deutschlands, der mittlerweile jeden neunten Arbeitnehmer beschäftigt (vgl. Preusker 2008, S. 17). Die Umsatzzahlen der gesamten Gesundheitswirtschaft übersteigen weit die des „ersten Gesundheitsmarkts“ (Preusker 2008, S. 60), als der das System der gesetzlichen und privaten Krankenkassen zu verstehen ist, lassen sich jedoch aufgrund von Abgrenzungsschwierigkeiten des weithin verflochtenen Geschäftsfelds kaum ermitteln. Es ist davon auszugehen, dass die Gesundheitswirtschaft insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der sich verändernden sozialen Bedürfnisse⁸¹ auch zukünftig stark prosperieren wird.

Darüber hinaus zeigt sich der Gesundheitssektor als hart umkämpftes Geschäftsfeld, in das zunehmend private Akteure drängen. „Internationale Kapitalgesellschaften und Fonds inves-

⁸¹ Zu denken ist hier insbesondere an die Wellness- und Beautyindustrie.

tieren in den deutschen Gesundheitsmarkt“ (Preusker 2008, S. 184), der im internationalen Vergleich als besonders attraktives Investitionsfeld gilt. Für private Investoren interessant ist vor allem der milliardenschwere Krankenhaussektor. So ist insbesondere der Krankenhausbereich seit den 1990er Jahren Gegenstand eines massiven Privatisierungsprozesses, in welchem Deutschland sogar zum internationalen Spitzenreiter wurde (Woratschka 2008). Die klassische Versäulung in die drei Trägerschaften öffentlich- freigemeinnützig – privat verschiebt sich seither deutlich zugunsten der privaten Kapitalgesellschaften, die mittlerweile ca. 30% der Häuser betreiben. Hierbei konzentriert sich der Markt durch Übernahmen (wie die des Helios-Konzerns durch die Fresenius AG im Jahr 2008) und Fusionen zunehmend auf die großen Konzerne (vgl. Preusker 2008, S. 186). Im privaten Gesundheitsmarkt konkurrieren derzeit die vier großen „Player“ Asklepios-Kliniken (Marktführer seit 2009, vgl. Telgheder 2009), Rhön-Klinikum AG, Fresenius-Helios-Gruppe und die Sana-Kliniken AG, die durch Aufkauf finanzschwacher, vor allem kommunaler Krankenhäuser quasi ein „Oligopol“ (Woratschka 2008) im privaten Kliniksektor gebildet haben. Private Klinikketten verzeichnen in letzten Jahren Wachstumsraten im zweistelligen Bereich (z. B. Sana 11% im Geschäftsjahr 2009, vgl. Zimmermann 2010). Prognosen sehen im Jahr 2020 die Mehrheit der Krankenhäuser in privater Hand⁸² (vgl. Preusker 2008, S. 186), wenn auch die ganz große Privatisierungswelle fürs Erste ins Stocken geraten zu sein scheint, nachdem die finanziell marodesten kommunalen Häuser vom Markt und die verbliebenen kommunalen Kliniken derzeit „wirtschaftlich gut aufgestellt“ (Osterloh 2010) seien.

Auch die in den vergangenen Jahren im gesamten Bundesgebiet erfolgte Umwandlung kommunaler Krankenhäuser in private Rechtsformen (GmbHs) ist ein deutlicher Indikator des Vermarktlichungsprozesses der gesamten Kliniklandschaft, der nicht zuletzt auf Druck durch die private Konkurrenz zurückzuführen ist. Mit der Geschäftsform der GmbH werden letztlich die Voraussetzungen für Maßnahmen zur betrieblichen Rationalisierung geschaffen- mit den bekannten Folgen des Outsourcing von Unternehmenseinheiten, Lohnsenkungen, Personalabbau und Leiharbeit.

⁸² In einem parallelen Konzentrationsprozess sinkt auch die absolute Zahl der Krankenhäuser und Betten seit Anfang der 1990er Jahre stetig (vgl. Preusker 2008, S. 181). Dieser häufig als „Kliniksterben“ titulierte Vorgang ist auf die knapper werdenden Mittel der öffentlichen Hand zurückzuführen, die den Ausverkauf der kommunalen Kliniken als vielfach alternativlos erscheinen lässt.

3.3.2 Wettbewerbsorientierung als Entsolidarisierungsprogramm

Die Orientierung am neuen Leitbild des ökonomischen Wettbewerbs erzeugt eine entscheidende Veränderungsdynamik in der Gesundheitspolitik. Fortan werden die am Versorgungsprozess beteiligten Institutionen und Individualakteure konsequent als nutzenmaximierende „Wirtschaftssubjekte“ konzipiert (vgl. Gerlinger/ Stegmüller 2009, S. 137). Nicht nur Gerlinger/ Stegmüller 2009 sehen in der Hinwendung zum Motto des „solidarischen Wettbewerbs“ einen folgenreichen Paradigmenwechsel in der Systemgestaltung (vgl. ebd.). Qualität, Transparenz und Kostensenkung und versprechend, wird Wettbewerb zum „Schlüsselbegriff“ (ebd., S. 137) des gesundheitspolitischen Umbaus des Gesundheitswesens, der sich mittlerweile als nahezu unangefochtenes Konzept zur Kurierung des krankenden Gesundheitssystems etabliert hat⁸³.

Als wettbewerbsförderliche Steuerungselemente sind die Einführung der freien Kassenwahl (vgl. ebd., S. 136) und die Einführung von „Einzelverträgen“ zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern (vgl. ebd., S. 141) prominent zu nennen. „Entscheidender Wettbewerbsparameter“ wird hiermit die Höhe des Beitragssatzes, die Möglichkeit der Kasse, Gewinne zu erwirtschaften abhängig von deren (dementsprechend aggressiv geführten) Vertragsverhandlungen mit den Leistungsanbietern um die neu eingeführten Einzelverträge (vgl. Braun/ Kühn/ Reiners 1998, S. 14). Sowohl Krankenkassen als auch Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte reagieren auf den erzeugten Wettbewerbsdruck mit marktgerechtem Verhalten⁸⁴. So zeigte sich als erste Folge des GSG die als „Risikoselektion“ (Gerlinger 2009, S. 25-26, siehe dazu ausführlicher Knüppel 2004, S. 85f.) etikettierte Tendenz der betriebswirtschaftlichen Einheit Krankenkasse, um „rentable“, d. h., junge, gesunde und einkommensstarke Versicherungsnehmer zu werben, bzw. umgekehrt „teure“, v. a. chronisch Kranke und einkommens-

⁸³ So äußert ein führender Mitarbeiter des BMG: „Mehr Wettbewerb in sozialen Systemen ist alternativlos!“ (zitiert in Preusker 2008, S. 1)

⁸⁴ Politisch gestärkt wurde zudem die wettbewerbsverschärfende Akteurspluralität von jeweils als ökonomische Nutzenmaximier agierenden Einzelakteuren, im Rahmen derer z. B. den Krankenkassen als Kontrollinstanz Einfluss auf die Gestaltung von Versorgungsprozessen übertragen werden soll. Nach dem Motto „vom payer zum player“ (Dtsch Ärztebl 2004) wurden so z. B. der privaten Krankenversicherung (PKV) im Rahmen des „Managed Care“- Ansatzes weit über ihre bisherige Funktion als Kostenträger hinausgehende Handlungschancen eröffnet. z.B. durch die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit von Leistungen, Kosten- und Qualitätssteuerung, Beratung des Versicherten über die Berechtigung von Leistungsansprüchen. Hierbei wird aber verkannt, dass es sich bei der PKV um ein Wirtschaftsunternehmen handelt, deren primäres Ziel die Ausgabensenkung ist. In den USA gibt es bereits Erfahrungswerte, die sich mit dem Satz „Managed Care has failed to manage care“ resümieren lassen (vgl. ebd.) bzw. die darauf verweisen, dass hiermit „vor allem die Vermeidung von Leistungen honoriert wird“ (Gmelin 2006, S. 10).

schwache Mitglieder zu diskriminieren (vgl. Braun/ Kühn/ Reiners 1998, S. 14). Der komplementär dazu erlassene Risikostrukturausgleich (RSA), einer an der Versichertenstruktur orientierten Ausgleichszahlung zwischen den Kassen, stellt als Ansatz zur Stärkung des Solidarprinzips einen Versuch der Abmilderung dieser Entwicklungen dar, der die grundlegend angestoßene Entwicklung jedoch nur unzureichend kompensiert (vgl. ebd., S. 14f.). Es zeichnet sich bereits zu diesem Zeitpunkt ein deutliches Spannungsfeld zwischen Solidarität und Wettbewerb ab.

Eine Verschärfung dieser Entwicklung folgt mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in den Gesetzlichen Krankenkassen zum 1.4. 2007 (vgl. Preusker 2008, S. 4) Die nun auch von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen „Wahltarife“ mit einer Staffelung des Angebots der GKV in Basis- und Zusatztarife erzeugen eine Dynamik der „Privatisierung von Krankheitsrisiken“ (Gerlinger/ Stegmüller 2009, S. 147). Diese Regelungen, mit denen „Prinzipien der privaten Krankenversicherung Einzug in die GVK“ (Gerlinger/ Stegmüller 2009, S. 147) erhalten, sind als weiterer gravierender Einschnitt in das Prinzip der solidarischen Gesundheitsversorgung zu betrachten. Die Einführung des einheitlichen Beitragsatzes zum 1.1.2009 verstärkt diese Entwicklung zusätzlich durch die Verlagerung des Wettbewerbs der Kassen auf das Feld der Zusatzbeiträge und Wahltarife (vgl. ebd.). Politisch gewollt ist eine weitere Belastung sowie die Verlagerung des Versicherungsrisikos auf die gesetzlich Versicherten. Durch die gleichzeitige Entlastung privilegierter Individuen, typischerweise junger, gesunder Beitragszahler, wie sie die Möglichkeit zum Abschluss z. B. von Selbstbehalttarifen darstellt, ist eine weitere Schwächung bzw. „Erosion“ (Gerlinger/ Stegmüller 2009, S. 148) des kollektiven Solidarsystems, dem auf diese Weise Mittel entzogen werden (vgl. ebd., S. 147), angezeigt, so dass von einer (weiteren) „Entsolidarisierung“ (ebd.) des Systems des Krankenversicherungssystems gesprochen werden muss (vgl. dazu auch Gerlinger 2009, S. 37).

Der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte scheint es gelungen zu sein, das neoliberale Schlagwort der „Eigenverantwortung“ für den Bereich der Gesundheitsversorgung nicht nur salonfähig zu machen, sondern als Legitimation für weiteren Leistungsabbau zu etablieren. Vieles spricht dafür, „dass das Recht des finanziell Stärkeren in Zukunft einen direkten Einfluss auf die Lebenserwartung haben (könnte)“ (Otte 1995, S. 77). Folgt man den Entwicklungstendenzen der letzten Jahre, tritt Gesundheit immer deutlicher und unwidersprochener als Gut, das man sich leisten können muss, hervor. Hierauf verweisen allein die um mehr als das dreifache gestiegenen Eigenanteile und Zuzahlungen an Gesundheitsleistungen der GKV seit 1991 (Zahlen: Gerlinger/ Stegmüller 2009, S. 145). So verstärkt die vermehrte Beteiligung des Patienten an den Gesundheitskosten, so in Form der einkommensunabhängig zu

tragenden Zuzahlungen, den im Gesundheitssystem ohnehin angelegten Mechanismus der sozialen Ungleichheit nicht unwesentlich. Die durch erhöhtes Erkrankungsrisiko in noch höherem Masse auf eine solidarische Finanzierung angewiesenen Geringverdiener werden so „doppelt bestraft“ (Gerlinger/Stegmüller 2009, S. 145) und tendenziell exkludiert⁸⁵.

3.4 Ökonomische Steuerung des Leistungsgeschehens: Budgets und Pauschalen

Nachdem sich – auch vor dem Hintergrund der „Kostenexplosion“ - zu Beginn der 1990er Jahre eine deutliche „Negativbeurteilung korporatistischer Regulierung durchgesetzt“ (Gerlinger 2009, S. 20) habe, beginnt mit dem GSG von 1993 die Implementierung marktwirtschaftlicher, wettbewerbsförderlicher Steuerungselemente in der ambulanten und niedergelassenen ärztlichen Versorgung. Als massiver Einschnitt in die bisherige Finanzierungsstruktur ist die mit dem GSG 1993 verankerte Umstellung der Vergütung von der bis dato praktizierten retrospektiven und ungedeckelten Einzelleistungsvergütung auf Pauschalen und Budgets (vgl. Kraus 1998, S. 51f.) zu bewerten. Die Budgetdeckelung verfolgte die Zielsetzung, einer uneingeschränkten Verordnungspraxis Einhalt zu gebieten, somit die Leistungserbringer „auf rationelles Wirtschaften (zu) verpflichten“ (Otte 1995, S. 68). Im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes von 2004 wurde auch die Architektur der ärztlichen Honorierung erneut in Richtung einer stärker betriebswirtschaftlichen Ausrichtung überarbeitet. (vgl. Preusker 2008, S. 322).

Mit dem Ziel der Erzeugung eines ökonomischen Handlungsfelds werden durch die prospektive Finanzierung mit gedeckelten Budgets und Pauschalen systematisch unternehmerische Risiken für die Leistungserbringer erzeugt, bzw. diese von Staat und Kassen auf die Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte „abgewälzt“ (vgl. Kühn/Klinke 2006, S.6). Für die Leistungserbringer wurden somit Anreize geschaffen, ihr Versorgungshandeln auf Gewinnsteigerung oder zumindest Verlustvermeidung auszurichten. Die Vergütungsform über Pauschalen

⁸⁵ Untersuchungen zufolge gibt es einen Rückgang der Arztbesuche bei Geringverdienern, der vielfach mit der Praxisgebühr begründet wird (vgl. Gerlinger/ Stegmüller 2009, S. 146). So scheint das einstige Negativszenario der „Zwei-Klassen-Medizin“, in der Privat- und Zusatzversicherten eine qualitativ hochwertigere Gesundheitsversorgung gewährt wird, Realität zu werden. Indem der Anspruch auf Gesundheitsleistungen als marktwirtschaftlich verhandelbares Gut begriffen wird, wird soziale Ungleichheit in der ökonomisierten Medizin fortgeschrieben.

und Budgets erzeugt zudem den Effekt, dass Gewinnerzielung nicht mehr auf dem Wege der Mengenausweitung möglich ist, sondern vor allem über Leistungsminimierung erreicht werden kann, da sich der unternehmerische Gewinn nun aus dem Saldo zwischen der fixen prospektiven Vergütung und den tatsächlich entstandenen Behandlungskosten errechnet (vgl. Gerlinger 2009, S. 23-24).

3.4.1 Der ambulante Versorgungsmarkt – vom Arzt zum Kaufmann?

So wurde zunächst das ambulante Versorgungsgeschehen zum Versorgungsmarkt dynamisiert. Schon 1990 wird der Kassenarzt im Konflikt „zwischen Ethik und Profit“ (Berbuer 1990) beschrieben. Die niedergelassene ärztliche Praxis, einst idealtypische hausärztliche „Sprechstunde“, hat sich in der Folge zu einer hoch rationalisierten Praxis gewandelt, in der die ärztliche Tätigkeit als Dienstleistung, Gesundheitsleistungen als konsumierbares Gut erscheinen (vgl. Heim 1992). Als wesentlicher Impuls zu dieser Entwicklung ist die Budgetierung der ärztlichen Praxis zu nennen. Seit dem GSG 1993 steht für jeden Patienten ein statistisch ermitteltes, einheitliches Budget zur Verfügung, das die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit den Krankenkassen aushandeln. Diese Budgets sind jedoch nicht am realen gesellschaftlichen Bedarf, sondern an der Zielsetzung der Beitragssatzstabilität der Kassen orientiert (vgl. Knüppel 2004, S. 17). Flankiert wurde die Strategie der Budgetierung durch die Einführung der Bonus- Malus- Regelung für Vertragsärzte, die diese zur Zahlung von Regress im Fall von Budgetüberschreitungen verpflichtet (vgl. Preusker 2008, S. 57). Die Budgetierung der niedergelassenen ärztlichen Versorgung bedeutete für den freiberuflichen Arzt einen gravierenden Einschnitt in die bis dato freie Verordnungspraxis. War Profit nun nicht mehr über Mengenausweitung möglich, orientiert sich die Leistungserbringung fortan tendenziell an der Größe des Quartalsbudgets⁸⁶. Aus einer ökonomischen Logik verständlich werden so die mittlerweile nicht ungewöhnlichen Praxisschließungen zum Quartalsende. Auch scheint es zur gängigen Praxis geworden zu sein, budgetbelastende Patienten möglichst

⁸⁶ Als Folge der Budgetierung wird so häufig eine weitere Reduzierung des Leistungsgeschehens moniert. So sei eine Tendenz zur Rationierung von Gesundheitsleistungen erkennbar, die „grundlegenden Prinzipien des auf Solidarität angelegten Versorgungssystems im Gesundheitswesen (bedroht)“ (Schölmerich 1997, S. 96). Auch Gerlinger/ Stegmüller konstatieren „deutliche Hinweise auf Rationierungen“ (Gerlinger/ Stegmüller 2009, S. 144). Dies deckt sich mit Erfahrungen aus der Praxis, nach denen die Anfrage nach einer medizinischen Leistung zu Beginn des Quartals erfolgsversprechender ist als gegen dessen Ende.

umgehend an einen anderen Leistungserbringer zu verweisen⁸⁷ (vgl. z. B. Otte 1995, S. 87). Aufgrund des Vorleistungsprinzips der PKV (siehe dazu Knüppel 2004) fallen privat Versicherte hingegen nicht unter die Budgets und sind daher im Allgemeinen in der privatärztlichen Praxis willkommener als gesetzlich Versicherte- bis hin zum seltenen Phänomen der exklusiven ärztlichen Betreuung für Privatpatienten.

Neben der vertragsärztlichen Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung wurde dem Vergütungssystem der in ökonomischer Hinsicht wichtige Teilbereich der so genannten IGeL-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen) hinzugefügt. Hiermit ist ein Bereich „sinnvoller Gesundheitsleistungen“ definiert, der von der Finanzierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen, dementsprechend von den Patienten privat zu tragen ist (vgl. Preusker 2008, S. 319). In diesen Zusammenhang fügt sich auch die vor allem in Großstädten zu beobachtende Tendenz, ärztliche Praxen zunehmend hinsichtlich Gestaltungsaspekten und Inhalten des Zusatzangebots nach Kriterien von Lifestyle, Beauty und Wellness zu gestalten. Z.B. wird mit „fernöstlichem Flair“ den Ansprüchen einer zahlungskräftigen Klientel entsprochen, Arztpraxen in dieser oder anderer Form in Richtung eines „kommerziellen Unternehmertums“ ausgerichtet, der Patient zunehmend unverhohlen als Kunde adressiert (vgl. Keseberg 2004, S. 42)⁸⁸. Der Arzt gerät, verstärkt durch die fortgesetzte Ausgliederung von Regelleistungen aus dem Katalog der GKV, immer mehr zum Verkäufer von Gesundheitsleistungen oder auch zum mittlerweile so bezeichneten „Gesundheitsdienstleister“.

3.4.2 Das Krankenhaus- ein „normales“ Wirtschaftsunternehmen?

Das Krankenhaus als Ensemble aus den historisch gewachsenen Berufsständen Ärzte, Pflege und Verwaltung mit jeweils eigenen Berufskulturen, in die es bis heute organisatorisch gliedert ist, lässt sich kaum als kohärente, rational strukturierbare Organisation denken (vgl.

⁸⁷ Als Folge dessen wird nicht nur die Erosion des persönlich geprägten Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient beklagt, auch Multimorbidität sowie psychosomatische Erkrankungen geraten hierdurch leichter aus dem Blickfeld.

⁸⁸ Klagen über die „Profitgier“ der Ärzte sollen an dieser Stelle, medial bereits omnipräsent, kein weiterer Raum gegeben werden. Diskutiert werden soll auch nicht die Einkommenssituation von niedergelassenen Ärzten, die sich trotz vielfach beklagter Verluste immer noch auf einem vergleichsweise komfortablen Niveau bewegt. Die Überlagerung der Wahrnehmung des Arztes durch monetäre Aspekte ist vielmehr als Indikator für Entfremdung und Misstrauen gegenüber einem Berufsstand zu verstehen, dessen Rahmenbedingungen zur sinnvollen Ausübung seiner Tätigkeit zunehmend durch ökonomische Prinzipien überlagert werden.

Kraus 1998, S. 33). Vor dem Hintergrund der Anforderung ökonomisch effizienter Betriebsführung hat sich jedoch ein dieser entsprechender Führungsstil erfolgreich über die etablierten professionellen Kulturen durchgesetzt. Als Folge dessen ist zu Beginn der 1990er Jahre ein steiler Aufstieg des betriebswirtschaftlichen Controllings zu verzeichnen, das die ökonomische Steuerung von Leistungsprozessen im Krankenhaus in der Folge zunehmend gestaltet (vgl. Huch 1993, S. 363f). Auch Krankenhäuser nicht-privater Trägerschaft, häufig und nicht zuletzt durch das Aufkommen der per definitionem gewinnorientierten privaten Konkurrenz dem Vorwurf unwirtschaftlicher Führung ausgesetzt, werden zunehmend im Stil privatwirtschaftlicher Unternehmen geführt. Noch 1998 werden finanzwirtschaftliche Ziele als „notwendige Nebenbedingung“ in der Krankenhausführung bezeichnet, ihre wachsende Bedeutung im Zielsystem des Krankenhauses jedoch schon angezeigt (vgl. Kraus 1998, S. 7). So erscheint es angemessen, von einem „grundlegenden Wandel der Krankenhauskultur“ (vgl. Kühn/ Klink 2006, S. 9) zu sprechen.

Im Anschluss an das GKV-Reformgesetz 2000 wird das neue Leitbild ökonomisch-rationaler Führung mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen („Diagnose Related Groups“; „DRG“) zur Abrechnung medizinischer Leistungen auf die stationäre Versorgung übertragen (Implementierungsphase bis 2009). Das Fallpauschalensystem bündelt Diagnosen mit vergleichbar hohem Aufwand zu „kostenhomogenen Fallgruppen“ (Siegrist 2005, S. 331), die dem Leistungserbringer einheitlich pro Krankenhausaufenthalt bezahlt werden. Die Einführung der DRG-Fallpauschalen ist mit den Zielen verbunden, eine grundsätzliche Preisgleichheit von vergleichbaren Leistungen herzustellen, hierdurch Wettbewerb und Transparenz im Gesundheitswesen zu fördern sowie eine bessere Kalkulierbarkeit und final die Reduktion von Kosten zu ermöglichen. Durch den nun unausweichlichen Zwang zum „Wirtschaften“ im Bereich der Patientenversorgung gelten die DRG-Fallpauschalen als einschneidendste Neuerung in der Systemfinanzierung bzw. als folgenreichstes Reformelement der letzten dreißig Jahre (vgl. Kühn/ Klink 2006, S. 6).

Vor allem bedeutet die Implementierung des DRG-Systems eine weitere Verschärfung des Wettbewerbssystems. Mit DRG werden Kontroll- und Steuerungselemente nach dem Vorbild privater Kapitalunternehmen eingerichtet, die die Übertragung betriebswirtschaftlicher Handlungslogiken auf den Sektor der Gesundheitsleistungen forcieren⁸⁹. Vor der Einführung von

⁸⁹ Der Rationalisierungsdruck in Kliniken wird infolgedessen als „höher denn je“ (Pieper 2010, S. 6) beschrieben. Hierdurch werden in der Folge vor allem kleinere Häuser in die Knie gezwungen (vgl. Preusker 2008, S. 188), da ein entscheidender Wettbewerbsvorteil größerer Krankenhäuser gegenüber kleineren darin zu sehen ist, dass analog zur Industrie, in der der Gewinn mit jeder Stückzahl

DRG bestand zum „Aufbau einer leistungsstarken Kostenträgerrechnung“ „nur eine geringe Notwendigkeit“ (Lauterbach/ Lungen 2003, S. 2). Das DRG-System bietet nun die Grundlagen für die Definition eines „Produkts“, zur Kalkulierung von Preisen für das gelieferte „Endprodukt“ und einer „besseren“ (ökonomischen) Steuerung auf der Basis von Gewinn- und Verlust-Rechnungen (vgl. ebd., S. 127). DRGs als „Kulturrevolution im Krankenhaus“ (Braun et. al. 2010, S. 239) bedeuten zunächst eine „Anreizumkehr“ für die ökonomisch motivierte Krankenhausleitung. Seit Einführung des Fallpauschalensystems ist es für das Krankenhaus rational, Patienten, anders als bei der zuvor üblichen Abrechnung nach Tagespauschalen, möglichst schnell wieder zu entlassen (vgl. ebd.). Das finanzielle Überleben der Krankenhäuser ist nun daran gebunden, die Betriebskosten dauerhaft unter die durch die Preise der mit der DRG erzielten Einnahmen zu „drücken“ (vgl. Kühn/ Klinke 2006, S. 6). Zum betriebswirtschaftlichen Ziel wird somit die Senkung der „durchschnittlichen Verweildauer“ des Patienten im Krankenhaus, deren Rückgang 2005 auf 30% gegenüber 1993 beziffert wird und die in unverhohlener Übernahme von an die industrielle Produktion angelehntem Wirtschaftsvokabular als „Produktivitätsfortschritt“ (Dtsch. Ärztebl 2005) interpretiert wird. Eine weitere Verminderung der durchschnittlichen Verweildauer mit gleichzeitiger Erhöhung der Fallzahlen wird anvisiert, um das Ziel der optimalen Kapazitätsausschöpfung zu realisieren (vgl. Preusker 2008, S. 181).

Der direkte Wettbewerb kriert mit dem immer bedeutsamer werdenden Krankenhausmarketing einen weiteren Geschäftszweig: „Markenbildung“ wird zur neuen Erfordernis im Versorgungswettbewerb, in welchem die Außendarstellung von zunehmender Bedeutung ist (vgl. Lauterbach/ Lungen, S. 139). Als grundlegende Wettbewerbsparameter im DRG-System sind Menge, Preis und Qualität der Leistung zu nennen (vgl. ebd., S. 171). Über das „Kernprodukt“ der medizinischen Leistung hinaus werden Regel- und Ergänzungsprodukte („Hotelqualitäten“ und Serviceprodukte) zu neuen Wettbewerbsparametern (vgl. ebd., S. 133), wobei diese Entwicklung verstärkt im Bereich weniger schwerer Erkrankungen an Bedeutung gewinnt, während der Bereich der gravierenden Erkrankungen am ehesten von einer Heterogenisierung über das Label „garantierte (evidenzbasierte) Qualität“ profitiere (vgl. ebd., S. 135). Auch an das Qualitätsmanagement, eine weitere Abteilung von wachsender

überproportional steigt, eine Erhöhung der Fallzahlen pro DRG höhere Gewinne ermöglicht (vgl. Lauterbach/ Lungen 2003, S. 143-144). Chancen kleiner Krankenhäuser, kostendeckend zu arbeiten, fallen entsprechend niedriger aus (vgl. Pieper 2010, S. 7). Konzentrationsprozesse der Krankenhauslandschaft im letzten Jahrzehnt werden zu einem Gutteil auf die durch DRG realisierte Umstellung der Krankenhausfinanzierung zurückgeführt. Für eine (befürchtete) Schließungswelle infolge der Umstellung auf DRGs gibt es jedoch keine belastbaren Daten, so dass eine als „Krankenhaussterben“ titulierte Entwicklung mittlerweile als „Dramatisierung“ bezeichnet wird (vgl. Braun et. al. 2010, S. 290).

Bedeutung innerhalb des Krankenhausmanagements, die seit 1989 für alle Krankenhäuser verpflichtend ist (vgl. Kraus 1998, S. 54), werden erhöhte Anforderungen gestellt (vgl. Preusker 2008, S. 189). So sollen die „aus den DRG-immanenten Anreizen abgeleiteten Gefahren für die Qualität der Versorgung im Idealfall durch Qualitätssicherungsmaßnahmen neutralisiert werden“ (Lauterbach/ Lungen 2003, S. 187), wodurch diese zu einem unverzichtbaren Marketinginstrument im Rahmen der professionellen Außendarstellung geworden sind (vgl. Siegrist 2005, S. 234). Insgesamt haben die Aspekte „Kundenorientierung“, PR und Marktforschung, bis vor wenigen Jahren im Krankenhaussektor „weitgehend unüblich“, einen deutlichen Bedeutungszuwachs erfahren (vgl. Kraus 1998, S. 55). Krankenhäuser scheinen sich, so suggerieren es nicht zuletzt Hochglanzauftritte von Kliniken im Internet, insgesamt „gewöhnlichen“ gewinnorientierten Unternehmen in ihrer grundsätzlichen Funktionsweise weitgehend angeglichen zu haben⁹⁰.

Die mit DRG intendierte stärkere betriebswirtschaftliche Ausrichtung der Krankenhäuser schlägt sich in neuen Strategien der betrieblichen Führung nieder. Eine Spielart dessen sind „Portfolio-Überlegungen“ zu geeigneten „Produktmixes“ im Rahmen eines Ausbaus oder sogar der Spezialisierung der Krankenhäuser auf wirtschaftlich rentable medizinische Leistungen bzw. umgekehrt der Ausgliederung oder zumindest Reduzierung wirtschaftliche unattraktiverer Leistungsbereiche (vgl. Preusker 2008)⁹¹. So wurde das DRG-System in vielen Fällen als Fehlanreizstruktur enttarnt, so indem es die leistungsabrechnende ökonomische Einheit für ein DRG-konformes, jedoch möglicherweise vorhandene Ressourcen unökonomisch verausgabendes Verhalten positiv sanktioniert. Strategien der Abrechnungsoptimierung, sei es durch Überversorgung im Sinne einer Verlängerung der Liegezeiten bis hin zur

⁹⁰ Die Zielgröße der Gewinnerzielung kann vor dem Hintergrund der Finanzierungsgrundlage durch ein Solidarsystem in Frage gestellt werden. So bezeichnet es Unschuld 2009 als „Gipfel der Absurdität“, dass Kliniken zugunsten von Trägern oder Investoren Gewinn erzielen sollen, anstatt sich mit einer Ausrichtung auf Rentabilität zu begnügen (vgl. Unschuld 2009, S. 76). Die Hauptprognosen der Arthur-Andersen-Studie eines Wandels des Steuerungsregimes in Richtung Privatisierung und Deregulierung aus dem Jahr 2000 („Das Krankenhaus der Zukunft“) haben sich indes in weiten Teilen bestätigt (siehe dazu: Straub 2002, S. 35f). Es fehlen jedoch umfassende Evaluationen zu den hierdurch induzierten (und vermutlich gravierenden) Folgen für die Versorgungsqualität sowie auch für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten.

⁹¹ Dies erscheint jedoch in der Versorgungsrealität aufgrund der oftmals engen Verzahnung der stationären Versorgungsbereiche nicht immer möglich oder ginge als unerwünschtes Szenario mit einer Unterversorgung einher (vgl. Lauterbach/ Lungen 2003, S. 128). Zahlen aus den USA belegen vor allem für den privaten Krankenhaussektor eine weitere Verstärkung der Tendenz zur Spezialisierung infolge der DRG-Pauschalierung (vgl. ebd., S. 134), die sich im Hinblick auf die Gewährleistung einer lokalen Grundversorgung problematisch auswirken können, da es als wahrscheinlich zu gelten hat, dass auch andere Krankenhäuser sich auf lukrative DRGs spezialisieren werden (vgl. ebd., S. 145). Kritisch bezeichnet wird diese Entwicklung von Neumann 2006 als „Rosinenpicker-Medizin“ (Neumann 2006, S. 336).

geforderten Mindestgrenze, Unterversorgung durch vorzeitige Entlassung oder Verlegung oder gar durch die Selektion unrentabler Fälle (vgl. Borgetto/ Kälble 2007, S. 103), seien an der Tagesordnung. Auch fördere das DRG- System die Überdiagnostik, da für jede festgestellte Indikation Mittel zu deren Therapie bereitgestellt werden, es daher dazu einlade, die „gesamte Gebührenbreite abzuschöpfen“ (Unschuld 2009, S. 76). Auch die im Zuge der marktförmigen Ausgestaltung des Krankenhauses neu auftretenden Akteure teils medizinfremder Herkunft („Medical Coder“), die zur Optimierung der Abrechnung nach DRG benötigt werden, gestalten die Diagnoseverschlüsselung bzw. Kodierung nach den Kriterien maximaler ökonomischer Effizienz. Deren Existenzberechtigung leitet sich nicht zuletzt daraus ab, ihre „Rechenkünste“ – teilweise im Sinne eines (verbotenen) „Upcoding“ - einzusetzen, um dem Krankenhaus den höchstmöglichen Gewinn zu beschere(n) (vgl. ebd., S. 78).

Zudem gebe es „unzählige Beispiele“ für eine Erhöhung der Patientenbelastung durch die Orientierung an der Abrechnungslogik der DRGs, die es beispielsweise begünstigt, operative Eingriffe, die, technisch möglich und medizinisch sinnvoll, in einer Operation gebündelt werden könnten, auf mehrere, separat abzurechnende Operationen zu verteilen und auf diese Weise den ökonomischen Nutzen zu maximieren (vgl. ebd., S. 77). So deutet einiges darauf hin, dass sich das DRG-System in einer langfristigeren Betrachtung hinsichtlich der für das Gesamtsystem entstehenden Folgekosten als (auch) ökonomische Irrationalität auswirken kann, so z. B. auch durch die Verweildauerverkürzung⁹². Systematische empirische Analysen zu den Auswirkungen des DRG-Fallpauschalensystems lagen, auch aufgrund der lange versäumten „Begleitforschung“ durch das Bundesministerium für Gesundheit (vgl. Braun et. al 2010, S. 1-2) und dem erst kurz zurückliegenden Abschluss der Konvergenzphase bis Ende 2009, erst mit einiger Verzögerung vor. Anhaltspunkte gibt die erste große Studie zum Thema von Braun et. al. 2010, in der die Autoren eine Reihe gängiger Einwände und Vorurteile gegen das DRG-System sowie mögliche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und das Selbstverständnis der Akteure hinterfragen. Sie relativieren auf Grundlage ihres Datenmaterials z. B. die Annahme der vorzeitigen „blutigen Entlassungen“ (ebd., S. 16) sowie die der „Rehospitalisierung“ und des „Fallsplitting“ (vgl. ebd., S. 17), Bestätigt sehen sie jedoch en gros andere Befürchtungen, z. B. hinsichtlich der Verschlechterung der Versorgungsqualität bei multimorbiden Patienten (vgl. ebd., S. 16), der Auswirkungen des Kostendrucks auf die

⁹² So hat sich im angloamerikanischen Sprachraum bereits die Wendung „quicker and sicker“ zur Beschreibung der Folgekosten der Verweildauerverkürzung etabliert (vgl. Ewers 2005, S. 157). Auch das Schlagwort „Drehtüreneffekt“, Borgetto/ Kälble 2007, S. 104) beschreibt eine neue Praxis der Entlassung und Wiedereinweisung, die sich aufgrund des DRG-Systems etabliert habe.

Behandlungswirklichkeit (ebd.) sowie der Infragestellung des traditionellen beruflichen Selbstverständnisses von Pflegekräften und Ärzten. Die im Sommer 2011 erschienene Studie des IGES- Instituts widerlegt hingegen gängige Annahmen einer Qualitätsverschlechterung in der stationären Versorgung (vgl. IGES 2011).

3.5 Zusammenfassung kritischer Stimmen zur Vermarktlichung des Gesundheitswesens

Das Gesundheitssystem wurde in der letzten fast zwei Jahrzehnten zu einem Wettbewerbssystem umgestaltet, das nun als „komplexes Nebeneinander von wettbewerblich und korporatistisch regulierten Bereichen“ (Gerlinger 2009, S. 22) bezeichnet werden kann. Insbesondere in den 1990er Jahren erfolgte ein „signifikanter Bruch im ordnungspolitischen Gefüge“, der seither verstärkt wurde und so mittlerweile dem Wirtschaftlichkeitsprinzip eine „die übrigen Prinzipien dominierende Rolle“ zukommt (vgl. Braun et. al. 2010, S. 69). Um nur Hauptkritikpunkte zu nennen, monieren Kritiker z. B. eine „bedenklich kompetitive und verkrampft auf ökonomische Effizienzsteigerung konzentrierte Medizin“ (Nager 1999, S. 160). Die ausgegebene Zielsetzung der Initiierung von Wettbewerb im Gesundheitswesen, Kostensenkungen bei gleichzeitiger Qualitätsverbesserung, tituliert als „effizientere Versorgung“ (vgl. Gerlinger/ Stegmüller 2009, S. 137) bzw. „Qualitätswettbewerb“ (ebd., S. 140) erscheint als paradox insofern, als dass in erster Linie monetäre Anreize gesetzt wurden, die eine Leistungs- und damit Ausgabenbegrenzung im Sinne einer „Rationierung“, honorieren. Gewinnsteigerung und Verbesserung der Versorgungsqualität müssen offenbar als differente Ziele, die differente Handlungslogiken beinhalten, betrachtet werden, die nur in Ausnahmen „synchronisiert“ werden können (vgl. Gerlinger/ Stegmüller 2009, S. 141-142). Die Erwartungshaltung, dass der im Gesundheitswesen angestoßene Wettbewerb zu einer verbesserten Ressourcenallokation führe, müsse entsprechend deutlich relativiert werden (vgl. Gerlinger 2009, S. 24)⁹³.

Vor allem auf Patientenseite zeigen sich hohe Kosten für die vermeintlich ökonomischere Versorgung, so dass mitunter gar vom „betrogenen Patient“ (Hartwig 2009) die Rede ist. So zahlt offenbar in erster Linie dieser (in doppeltem Sinne) die Rechnung für die Beteiligung von Akteuren, „die ein außerordentlich starkes finanzielles Eigeninteresse haben“ (Gerlinger

⁹³ Von Beginn der Umgestaltung zu einem Wettbewerbssystem gab es die Kritik, es sei „absurd (...), Managementinstrumente staatlich zu verordnen“ (Sachs 1994, zitiert in Kraus 1998, S. 61).

2009, S. 24). „Weitestgehend unberührt“ von Reformen blieben hingegen lange Interessengruppen wie die pharmazeutische Industrie (vgl. Braun/ Kühn/ Reiners 1998, S. 11). Insgesamt verfestigt sich der Eindruck der politischen Steuerung des Gesundheitswesens durch private Interessen (vgl. Gerlinger 2009, S. 21). Eine ökonomische Verwendung der verfügbaren Mittel mit dem Ziel eines Abbaus von Über- und Fehlversorgung, wie sie das erklärte Ziel der Reformen war, erscheint in der Praxis mit den gewählten Mitteln nur schwer erreichbar. So wird die z. B. Methode der Budgetierung von vielen Betrachtern als durchaus problematischer Weg der Leistungssteuerung eingestuft, da hiermit pauschal das Kollektiv kontingentiert wird, eine bedarfsgerechte Versorgung so nur schwer möglich erscheint (vgl. Feuerstein 1996a, S. 83). An verschiedenen Stellen ist zu beobachten, dass die Einführung von Pauschalen und Budgets zwar ein marktgerechtes individuelles Verhalten erzeugt, dessen gesamtwirtschaftliche Rationalität jedoch als fraglich einzustufen ist. So muss resümiert werden, dass viele Steuerungselemente eine vom realen Bedarf entkoppelte Leistungssteuerung befördern und zudem sachfremde Logiken etablieren, die ökonomische Prinzipien über bedarfsgerechte Versorgung stellen (vgl. Braun et. al. 2010, S. 68).

Eine grundlegende Diskussion über zentrale gesellschaftliche Werte bleibt vor dem Hintergrund des vielfältigen Interessengeflechts rund um das System der Gesundheitsversorgung derzeit aus. Ansätze, die eine alternative Gestaltung der Gesundheitsversorgung jenseits von Wettbewerbslogiken vorschlagen, nehmen Außenseiterpositionen im derzeitigen politischen Diskurs ein. Selbst jenseits einer Infragestellung der systemischen Ausrichtung des Wettbewerbsmarkts erscheinen die Lager zementiert⁹⁴.

3.6 Ärztliches Handeln im Zeichen der Ökonomisierung

In hohem Maße kritisch erweisen sich die Auswirkungen des vorgegebenen Wirtschaftlichkeitsprinzips auf das ärztliche Handeln, welchem seit den 1980er Jahren zunehmend ökonomische Grenzen gesetzt werden. Es gibt zahlreiche Anhaltspunkte für Konflikte mit ärztlichen

⁹⁴ So werden, um ein Beispiel zu nennen, in den letzten Jahren Stimmen lauter, die durch die Forderung nach der Stärkung der Säule der Prävention innerhalb der medizinischen Versorgung (vgl. Preusker 2008, S. 251-257) die grundsätzliche Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem und deren deutliches Übergewicht im Bereich der technikintensiven Akutmedizin in Frage stellen. Dieser volkswirtschaftlich betrachtete sinnvolle Vorschlag stößt jedoch an Systemgrenzen: Die Finanzierung von präventiven Maßnahmen stellt für die Krankenkassen jedoch ein Risiko dar in dem Sinne, dass punktuelle Kosten definitiv anfallen, die spätere Einsparung für den Individualakteur jedoch ungewiss bleibt (vgl. Gerlinger 2009, S. 26) und qualifiziert sich somit in einem auf kurzfristige Kostensenkung fixierten Markt als individualökonomisch irrationale Maßnahme.

Handlungslogiken jenseits ökonomischer Rationalität. Insgesamt deutet sich mehr als nur an, dass ökonomische Effizienz als Hauptzielgröße weder den Ansprüchen einer bedarfsorientierten und solidarischen Versorgung gerecht werden kann noch der ärztlichen Handlungslogik angemessen ist. Deutlich wurde durch die vorangegangenen Ausführungen zum „Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus“, dass auf Systemebene offenbar eine Machtverschiebung zwischen der Finanzierungsseite und den Leistungserbringern stattgefunden hat, die sich innerhalb der Institution Krankenhaus als Machtgewinn des Managements gegenüber den Ärzten reproduziert⁹⁵ (vgl. dazu ausführlicher Unschuld 2009, vgl. Kühn/ Klinke 2006, S. 6, 8). Durch die Übernahme von strukturellen Elementen und Organisationsformen wie sie die klassische betriebswirtschaftliche Unternehmensberatung anrät, wird letztlich die Unterordnung der Ärzteschaft unter Prinzipien der Verwaltung bzw. der betriebswirtschaftlichen Steuerung in formale Strukturen gegossen.

Abschließend sind die sich abzeichnenden Auswirkungen ökonomisch motivierter Leistungssteuerung auf das ärztliche Handeln zu skizzieren. Grundlegender Tenor ist hierbei die These, dass an ökonomischer Rationalität orientierte Steuerungsformen der Gesundheitsversorgung den „Einbruch völlig fachfremder Kriterien“ in die „Berufsrealität“ des Arztes (Gmelin 2006, S. 7) bedeuten. So konstatieren auch Kühn/ Klinke 2006: „Betriebswirtschaftliche Handlungslogik konkurriert grundsätzlich mit der Handlungslogik asymmetrischer Sorgebeziehungen“ (Kühn/ Klinke 2006, S. 7). Insgesamt haben sich offenbar zunehmend Logiken der Ökonomisierung durchgesetzt, die angesichts der Komplexität des ‚Produkts Gesundheit‘ nicht den Logiken ärztlichen Handelns entsprechen.

3.6.1 Verlust von Handlungsautonomie und Bedrohung des ärztlichen Ethos

Als eine Konsequenz dieser Entwicklung lässt sich eine Einschränkung der ärztlichen Handlungsautonomie⁹⁶, einst zentrales professionelles Merkmal der eigenen Kontrolle über Inhalte und Organisation der Arbeit, im marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen erkennen (vgl. Siegrist 2005, S. 233)⁹⁷. Die Gefahr, dass hierdurch auch originär ärztliche Ent-

⁹⁵ Inwiefern neue, sich professionalisierende nicht-ärztliche Berufsgruppen wie die DRG-Coder zukünftig vermehrten Einfluss auf ärztliche Entscheidungen ausüben, bleibt abzuwarten.

⁹⁶ So beschreibt Hartwig die „informationelle Waffe Qualitätssicherung“ als „raffinierten Einbruch in die Autonomie des freien Arztes“ (Hartwig 2009, S. 72).

⁹⁷ Kaum deutlicher wird die als Deprofessionalisierungsprozess deutbare Degradierung des Arztes vom einst „freien Beruf“ zum abhängig Beschäftigten als in dessen Funktionsbeschreibung als „nach-

scheidungen ökonomischen Interessenlagen untergeordnet werden, erscheint durchaus real: Die beschriebenen Entwicklungen werden, z. B. durch die Priorisierung der ökonomischen Rationalität über die ärztliche Therapiefreiheit, auf Handlungsebene greifbar. So seien „ökonomische Zwänge und andere Formen der Rationierung in ihrer Bedeutung für diagnostische und therapeutische Entscheidungen kaum zu überschätzen“ (Siegrist 2005, S. 269). Qualitative Untersuchungen zeigen, „dass ökonomische Handlungsgrundsätze bereits bis auf die Ebene der Assistenzärzte hinunter vermittelt werden“ (Klinke 2008, S. 40). Spätestens „mit der Übernahme durch privatwirtschaftliche Investoren ist das Renditestreben unvermeidlich: Ärztliche Kompetenz und Standesethik werden ökonomischen Zwängen untergeordnet“ (Unschuld 2009, S. 70).

Auch Braun et. al. 2010 zeigen im Rahmen ihrer DRG-Folgenforschung, dass der ordnungspolitische Wandel auf Makroebene sich auf der Akteurebene im Sinne einer Gewichtungsverschiebung auswirkt. Zu erwarten sei zwar nicht, dass sämtliche Regulierungen „schon komplett als Handlungsimperative angekommen sind“, gerechnet werden müsse jedoch mit Konflikten zwischen der medizinischen und ökonomischen Ebene sowie „interessenpolitischen Umdeutungen und Verweigerungshaltungen“ (vgl. Braun et. al. 2010, S. 70-71). Insgesamt zeige sich eine „zunehmende Integration gewinnwirtschaftlicher Überlegungen in das berufliche Selbstverständnis über alle Ebenen der ärztlichen und pflegerischen Hierarchie hinweg“ (ebd., S. 18)⁹⁸. Forschungen über den Einfluss von Behandlungskontexten auf das berufliche Selbstverständnis stehen erst am Anfang, jedoch ist von einer weiteren Verschärfung der Konfliktproblematik auszugehen, sollten sich nicht gänzlich neue professionelle Standards etablieren. Als „statussichernde Neudeutung“, die das professionelle Selbstverständnis weniger bedroht, habe sich neuerdings offenbar eine Fixierung auf den (verhandelbaren) „Begriff des medizinisch Notwendigen“ unter den Medizinern etabliert (vgl.

geordnetem Rad in einem komplexen Getriebe (...), dessen Triebkraft aus vornehmlich ökonomischen Kriterien erwächst“ (Unschuld 2009, S. 68). Sicherlich handelt es sich bei diesen Feststellungen von profilierten Beobachtern der Entwicklungen des, teilt man diese Position, im Abstieg begriffenen „Ärztstands“ um pointierte Zuspitzungen. Die vorhandenen empirischen Befunde stützen jedoch diese Tendenzen.

⁹⁸ Anders akzentuiert wird der Problemzusammenhang in der Untersuchung von Vogd, der auf Grundlage seiner empirischen Untersuchung von Zielkonflikten im Krankenhaus zu dem Ergebnis kommt, dass Ärzte „primär nicht als Ökonomen agieren“ (Vogd 2004a, S. 31). Dies muss jedoch keineswegs, schon allein durch die zeitliche Versetzung, als Widerspruch zu den oben referierten Befunden gelesen werden, die den Fokus anders als Vogd auf das Phänomen der Überformung ärztlicher Handlungs- und Entscheidungslogiken durch ökonomische Zwänge legen. Diese werden von Vogd nicht geleugnet, jedoch parallel zu anderen Zieldimensionen erfasst. Vogd räumt dennoch ein: „so muss dennoch ärztliches Handeln die spezifischen Konditionen des ökonomisch-administrativen Bereichs immer auch mit behandeln (ebd., S. 194).

Klinke 2008, S. 40-41). So gerät der Arzt als Folge der Unterordnung ärztlichen Handelns unter die Logik des Wirtschaftlichkeitszwangs offenbar zunehmend in Konflikt mit den Leitvorstellungen des ärztlichen Ethos⁹⁹. Rollenkonflikte zwischen Erwartungen des Arbeitgebers und dem Behandlungsauftrag des Arztes erscheinen an der Tagesordnung, wird schließlich die Entscheidung, welche Leistungen dem Patienten zuteil werden sollen, in die Interaktion zwischen Arzt und Patient hineingetragen (vgl. Schölmerich 1997, S. 96). So störe der ökonomische Rahmen vielfach, insbesondere in Zeiten fortgesetzter Leistungskürzung, die mikrosoziale Interaktion (vgl. Siegrist 2005, S. 261).

Als ein Beispiel für die Verzerrung ärztlichen Handelns nach (vordergründigen) Kriterien der Wirtschaftlichkeit wird vielfach die ärztliche Honorierung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (eBM) betrachtet, die den Einsatz medizintechnischer Untersuchungen gegenüber kommunikativen Leistungen begünstigt (vgl. Otte 1995, S. 58). Als direkte Folge der hierdurch induzierten Entwertung des Arzt-Patient-Gesprächs muss die festgestellte Verkürzung der Arzt-Patient-Kontakte (vgl. Siegrist 2005, S. 329) benannt werden¹⁰⁰. Die (für den Arzt wirtschaftlich notwendige) Orientierung an den Vergütungskriterien von eBM erschwert somit die ganzheitliche Bezugnahme auf den Patienten bzw. befördert umgekehrt Strategien der materiell belohnten punktuellen Intervention. Der Arzt in seiner Rolle als „Beziehungsarbeiter und Kommunikator“ (Huber 1991, S. 125), in der Realität unzweifelhaft nach wie vor existent, wird auf diese Weise zum Relikt eines vergangenen Zeitgeistes, bzw. bietet, nüchtern-ökonomisch formuliert, diese Leistungen nun „auf eigene Rechnung an“.

3.6.2 Arbeitsverdichtung und Zeitdruck als Strukturmerkmal ärztlicher Arbeit

Als Folge der Implementierung wettbewerblicher Steuerungsinstrumente zeichnet sich zudem eine wachsende Arbeitsverdichtung für die Beschäftigten in Krankenhäusern ab. Ärzte und Pflegepersonal im Krankenhaus müssen in der Tendenz mit gleich bleibender Personaldecke

⁹⁹ Dies wird schon seit langem kritisiert: „Ökonomisierung, Merkantilisierung und Industrialisierung der Medizin bedeuten nicht nur Technisierung und Rationalisierung aller Vorgänge, sondern auch den Einbruch des Profitdenkens und des Gewinnstrebens in eine ursprünglich von humanitären und karitativen Idealen bestimmte Sphäre. Konflikte mit dem ärztlichen Berufsethos waren damit vorprogrammiert.“ (Werner Creutzfeldt, zitiert in: Otte 1995, S. 74).

¹⁰⁰ Einen „denkwürdigen Arztbesuch“ beschreibt die Gesundheitssystemkritikerin Renate Hartwig, im Rahmen dessen sie die zeitlich kontingentierte Arzt-Patient-Begegnung mit „Fließband“ und „Akkord“ vergleicht (vgl. Hartwig 2009, S. 14-16).

eine höhere Anzahl von Patienten „bearbeiten“. Eine Folge ist die erhebliche Steigerung der Arbeitsbelastung, wobei als relevantester Belastungsfaktor „Zeitdruck“, begründet mit den Variablen „Verweildauerverkürzung“, „steigende Fallzahlen“ und der Zunahme von Kodieraufgaben¹⁰¹, angegeben wird (vgl. Kühn/ Klinke 2006, S. 9). Infolge dieser strukturellen Arbeitsverdichtung ist der Anteil der Ärzte, die angeben, ihr Arbeitspensum nicht bewältigen zu können von 2004 bis 2007 von 31% auf 37% gestiegen (vgl. Klinke 2008, S. 41). Die „Dunkelziffer“ mag deutlich darüber liegen, berücksichtigt man vor allem kaum kontrollierbare Zeiteinsparungen im Bereich der nicht messbaren, „weichen“ patientennahen Tätigkeiten, die sich aus dieser Sichtweise als erstes Rationalisierungspotential anbieten. Bezeichnenderweise hat sich diese Entwicklung, wie die Untersuchung von Braun et. al. 2010 anzeigt, mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems signifikant zugespitzt (vgl. Braun et. al. 2010, S. 114-116). Als charakteristisch auch für die niedergelassene Versorgung sind somit die enge Taktung der zeitlich stark verkürzten Arzt-Patient-Begegnung sowie auch Ansätze zur Standardisierung und Fragmentierung von patientenbezogenen Arbeitsabläufen (so z. B. in Form von durch nicht-ärztliches Personal erhobenen standardisierten Voranamnesen) anzuführen.

Zeitdruck erscheint kaum mit der ärztlichen Sorgfaltspflicht und der zumindest als Idealbild anzustrebenden Ganzheitlichkeit der Betrachtung vereinbar. So muss „Zeitnot“ als permanente Rahmenbedingung der ärztlichen Tätigkeit z. B. auch als Quelle von (möglicherweise folgenreichen) Fehlbeurteilungen, die sich an späterer Stelle des diagnostischen Prozesses bemerkbar machen und deren frühere Berücksichtigung bei sorgfältigerem Vorgehen die eine oder andere (teure, invasive) Maßnahme überflüssig gemacht hätte (vgl. Schölmerich 1997, S. 95), in Betracht gezogen werden. Arbeitsverdichtung als Folge der Rationalisierung von Versorgungsabläufen ist somit auch zusätzlich nach den Gesichtspunkten ökonomischer Effizienzkriterien zu hinterfragen.

¹⁰¹ Sowohl die niedergelassene ärztliche Tätigkeit, in der der Arzt als Unternehmer agiert, als auch die im Krankenhaus ist durch die starke Zunahme bürokratischer und administrativer Anforderungen geprägt, die mittlerweile nach variierenden Einschätzungen zwischen einem Drittel oder sogar bis zu 50% der Arbeitszeit einnehmen. Im Krankenhaus haben Dokumentations- und Kodierpflichten vor allem infolge der Einführung der DRG-Fallpauschalen drastisch zugenommen. (vgl. Neumann 2006, S. 334). Administrative Tätigkeiten werden vom Gros der Ärzteschaft als weitgehend arztfremde Aufgabe empfunden, daher deren Zunahme bei gleichzeitigem Rückgang originär ärztlicher Arbeitselemente als Quelle massiver Unzufriedenheit angegeben (vgl. auch Kühn/ Klinke 2006, S. 9). Diese Entwicklungen sind insofern sicherlich kritisch zu betrachten, als dass an anderer Stelle vielfach die Zeit für patientennahe Tätigkeiten fehlt.

3.6.3 Das Arzt-Patient-Verhältnis als Dienstleistungsbeziehung

Wie bereits oben skizziert, wird vor allem der niedergelassene Arzt im Zuge der Ökonomisierung seiner Tätigkeit zunehmend in die Rolle des Verkäufers seiner eigenen Leistungen bzw. die (immer weniger kritisch konnotierte) Rolle des Dienstleisters¹⁰² manövriert. Diese Ausgestaltung der Arztrolle weist eine deutliche Diskrepanz zur tradierten professionellen Rolle des Arztes auf (siehe dazu Kap. B 2.3.1.1.) So ist das – mittlerweile weit verbreitete – Verständnis des Arztes als Dienstleister eine erst im Zuge der ökonomisierten Medizin aktualisierte Erscheinung (vgl. Siegrist 2005, S. 233), die den Arzt weit in vorprofessionalisierte Zeiten als Leibarzt des wohlhabenden Bürgertums zurückwirft. Interessant erscheint diese Entwicklung zusätzlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass noch bis weit in die 1970er Jahre „Geld“ in der Betrachtung der Arzt-Patient-Beziehung keinerlei Raum einnahm (vgl. Oberbeck/ Oppermann 1994, S. 179). Als diesbezügliche Zäsur sind daher spätestens die Ärztestreiks der Jahre 2007/ 2008 zu betrachten, die vor allem für die Jungärzte vielfach durch monetäre Aspekte motiviert waren. Auch empirische Befunde verweisen auf eine Wahrnehmungsverschiebung seitens des Arztes, die Beziehung zum „Kunden Patient“ zunehmend als marktförmiges Verhältnis zu deuten (vgl. Klinke 2008, S. 40). Die in Teilen der Ärzteschaft erkennbare Übernahme der Selbstinterpretation als Verkäufer bzw. Dienstleister ist daher als konsequente Entsprechung zu den Vermarktlichungsprozessen innerhalb des Gesundheitswesens zu betrachten.

Komplementär zur Rollenwahrnehmung des Arztes als privatwirtschaftlich agierender Kaufmann bzw. Dienstleister entsteht eine neue, aktiv Leistungen nachfragende Kohorte von Patienten. Diese Entwicklung erscheint unter anderem in erheblichem Masse getrieben durch den - vermeintlichen oder realen - Abbau der klassischen Wissensasymmetrie durch das Internet (siehe dazu auch A 2.3.). So entstehen neue Konstellationen von Arzt und Patient, in denen der wohlinformierte Patient als Kunde auftritt und vom Dienstleister-Arzt eine bestimmte

¹⁰² Zu dieser Konzeption des Arztes gibt es auch einige kritische Stimmen: So pointiert (der Arzt) Gmelin 2006 den „neuen Arzt“ als „haftender Facharbeiter der Dienstleistungs- AG“ und verweist auf eine Quelle aus der privaten Gesundheitswirtschaft, die sich auf Ärzte tatsächlich als „Franchise-Nehmer und lächelnde Dienstleister“ bezieht (vgl. Gmelin 2006, S. 10). Aus der Perspektive der Analyse der Dienstleistungsbeziehung zwischen Arzt und Patient stellt sich für Wilken, die explizit auf die „Ablehnung der Dienstleistungssemantik durch die Akteure“ (Wilken 2010, S. 18) hinweist, die Frage der inhaltlichen Angemessenheit nicht primär. Wilken fokussiert vorrangig die „Abstimmungsproblematik“ (Wehrich/Dunkel 2003) zwischen den beteiligten Akteuren Hausarzt und Patient (siehe Wilken 2010, S. 96f.), die im Rahmen der Interaktion gelöst werden muss, hierin z. B. die Thematik der „Compliance“ (siehe S. 121f.). Einen komprimierten Überblick über die gängigen Pro/ Contra-Argumente gibt Erdwien 2006, S. 17-20).

Form der Behandlung verlangt¹⁰³. Auch das „Produkt“ medizinische Dienstleistung wird in dieser Betrachtung „zu einer scheinbar verfügbaren und vermarkteten Ware“ (Gmelin 2006, S. 10). Im Hinblick auf diese Entwicklung konnotieren Borgetto/ Kälble kritisch: „Die am Markt orientierte Rhetorik dient wohl eher als Begründung für eine stärkere finanzielle Beteiligung des Patienten am Leistungsgeschehen“ (Borgetto/ Kälble 2007, S. 165).

Entspricht eine Reduktion des Arzt-Patient-Verhältnisses auf ein Dienstleistungsverhältnis zwar durchaus den in einer ökonomisierten Medizin gängigen Vorstellungen, ist diese Vorstellung in der Realität jedoch sicherlich durchaus problematisch. Die Annahme, dass sich Arzt und Patient in der Realität als zwei freie Marktakteure gegenüberstünden, muss allein mit Verweis auf die Hilfsbedürftigkeit des Patienten und das Fehlen von Alternativen, wie im „freien Markt“ zugrunde gelegt, zurückgewiesen werden (vgl. Kühn/ Klinke 2006, S. 8)¹⁰⁴. Mit gleicher Skepsis ist auch die populäre Konzeption des – den Patienten (scheinbar) als Subjekt einbeziehenden – „mündigen Patienten“¹⁰⁵ (siehe dazu Buchheim 2006) zu betrachten, wenn von einer Gesundheitsleistung als ökonomische Entscheidung die Rede ist. Dieses Konstrukt erscheint insbesondere im Fall existenzieller Bedrohung durch Krankheit fragwürdig (vgl. Diehl 2006, S. 183). Hiermit soll weniger im Sinne eines unbedingten ärztlichen Paternalismus argumentiert noch der Sinn und Wert von neuen Formen der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient, wie sie z. B. im Konzept des „shared-decision-making“¹⁰⁶ vorgesehen werden, grundsätzlich in Abrede gestellt werden. Hingewiesen sei an dieser Stelle lediglich auf die Gefahr der unterkomplexen Betrachtung des Arzt-Patient-Verhältnisses im Sinne einer einfachen Marktbeziehung. In Bezug auf eine Überformung der

¹⁰³ Eine solche Konstellation ist im „Modell der informierten Entscheidung“ beschrieben (vgl. Borgetto 2007, S. 164).

¹⁰⁴ Abwegig erscheinen daher die Analogien, die ein führender Vertreter der privaten Gesundheitswirtschaft zwischen dem Mopedkauf eines 16-Jährigen und dem Erwerb einer künstlichen Hüfte des 70jährigen „Wanderfreunds“ aufstellt: Beide „Waren“ dienen schließlich dem Privatvergnügen (vgl. Unschuld 2009, S. 85)- befremdlicher noch, dass hiermit wohl keine Außenseiterposition in der Branche wiedergegeben ist.

¹⁰⁵ Einiges spricht dafür, dass das Konzept des mündigen Patienten, obwohl es anderes verspricht, nur vordergründig eine Aufhebung der klassischen Asymmetrie zwischen Arzt und Patient beinhaltet. Im Gegenteil könnte sich sogar das Wissens- und Machtgefälle verstärken, wenn der Patient allein auf der Ebene wissenschaftlich-objektivierte(n) Wissens mit dem Arzt kommuniziert, subjektive Deutungen im Sinne einer „Externalisierung seines Krankheitserlebens“ (Sing 2007, S. 54) hierbei marginalisiert werden.

¹⁰⁶ In diesem Zusammenhang verweist Vogd darauf, dass es sich beim Modell der geteilten Entscheidungsfindung um das in einer demokratischen Gesellschaft wohl am meisten konsensfähige Modell handelt. Wie sich dieses normative Modell allerdings in der Praxis bewährt, ist empirisch ungeklärt. So verweist Vogd diesbezüglich auf Feuerstein et. al. 1999, die davon ausgehen, „dass die Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis ein Mythos bleibt“. (vgl. Vogd 2004a, S. 28-29).

ärztlichen Rolle durch Anforderungen eines marktförmigen Verhaltens erscheint die These angezeigt, dass der ökonomisch motivierte Dienstleister-Arzt aufgrund von Fehlanreizen im Vergütungssystem zu einem weniger dem Grundgedanken ärztlichen Handelns als ökonomischen Zielen verpflichteten Handeln geneigt sein dürfte- umso mehr, als der „mündige“ Kundenpatient ein solches, denkt man an IGeL-Leistungen und neueste erfolgsversprechende High-Tech-Interventionen, „selbstbestimmt“ nachfragt.

3.6.4 Gestaltung und Bewertung ärztlichen Handelns anhand formaler Kriterien

Thematisiert wird vielfach als Folge der Einführung von Pauschalen die vermehrte Überfrachtung der ärztlichen Tätigkeit mit administrativen Anforderungen sowie auch die bereits dargelegte Verzerrung zugunsten eines ökonomisch motivierten Handelns. Ins Visier zu nehmen sind darüber hinaus in einem grundsätzlicheren Zugang die durch die Übertragung von Maßstäben der betriebswirtschaftlichen Kostenrechnung auf das ärztliche Handeln wirksam werdenden Effekte. Indem Krankenhäuser „unter dem Druck der prospektiven Finanzierung das Leistungsgeschehen standardisieren und kalkulierbar machen“ (Kühn/ Klinke 2006, S.7), wird auch das ärztliche Handeln verstärkt dem Druck der Formalisierung und Objektivierung ausgesetzt. So erfordert die Pauschalierung von Leistungsbestandteilen als Kalkulationsgrundlage und Bewertungsschablone für die ärztliche Arbeit, ärztliches Handeln formal messbar zu machen. Wie zu zeigen sein wird, entzieht sich jedoch das ärztliche Handeln generell in seinem Wesen als individualisierte und situativ abgestimmte Arbeitsleistung weitgehend der Formalisierung. Kaum formal darstellbar erscheinen auf den ersten Blick vor allem diejenigen Tätigkeitsanteile, die „man unter dem Begriff ‚Zuwendung‘ zusammenfassen kann“ (Neumann 2006, S. 331)¹⁰⁷, jedoch auch jenseits „menschennaher“ Tätigkeitselemente ist von einer nur unvollständigen Formalisierbarkeit ärztlicher Handlungs- und Erkenntnisprozesse auszugehen. Kritisch in Bezug eine „Überformung ärztlichen Handelns“ (Oberbeck/ Oppermann 1994, S. 191) ist hierbei zu betrachten, dass zunehmend nur formalisierbare Anteile des Arbeitshandelns zum Gegenstand der ökonomischen Betrachtung gemacht werden, bzw. vom Prinzip her nicht formalisierbare Anteile formalen Maßstäben untergeordnet werden. Im Extremfall muss sogar von einer Orientierung des Arbeitshandelns an formalen Effizienzkriterien

¹⁰⁷ Auch Gmelin (Gmelin 2006, S. 12) verweist darauf, dass die Größen Vertrauen, Engagement, Zuwendung, Erfahrung statistisch nicht erfassbar sind, die jedoch entscheidende Elemente der ärztlichen Tätigkeit darstellen.

ausgegangen werden, so z. B. im Fall von Versorgungsentscheidungen, die von Kriterien ihrer formalen Darstellbarkeit beeinflusst sind.

Ähnliche Effekte kann die Kontrolle und Steuerung der Arbeitsprozesse durch formale Bewertungsverfahren, wie sie das Qualitätsmanagement vorsieht, erzeugen. So sieht die qualitätssichernde Optimierung des ärztlichen Arbeitsprozesses z. B. „die Erstellung von Checklisten, Funktionsbeschreibungen, Prozess- und Ablaufbeschreibungen“ vor, des Weiteren sollen „detaillierte Durchführungsbestimmungen implementiert werden“ (Hartwig 2009, S. 74). So wird auch die immer weiter getriebene Formalisierung von Handlungsabläufen „nach scheinbar objektiven standardisierten wissenschaftlichen Vorschriften“ bereits kritisch beurteilt: „Individuelle komplizierte Probleme werden ausgegrenzt, da sie nicht mit dem schematisierten Denken von Ökonomen und mit Prozesssteuerungen vereinbar sind. Die betriebswirtschaftlichen Mechanismen werden sich zwischen Arzt und Patient schieben und damit das individuelle komplexe Handeln durch kurzsichtige und vordergründige, flache utilitaristische Scheinrationalität verdrängen“ (Neumann 2006, S. 335).

4 Standardisierung ärztlichen Handelns und Verdrängung ärztlicher Kunst

4.1 Standardisierung ärztlichen Handelns als Effekt der drei Makrotendenzen

Die ärztliche Tätigkeit ist, wie es Ziel der vorausgehenden Unterkapitel zu zeigen war, in einem äußerst komplexen, von verschiedenen Logiken dynamisierten Handlungsfeld angesiedelt. Zu den „älteren“ Dynamiken der ‚Verwissenschaftlichung‘ und ‚Technisierung‘, die ärztliches Handeln zugunsten von verwissenschaftlichtem und technisiertem Handeln „verformen“ (Feuerstein 1996a, S. 92), kommen neue sachfremde Verzerrungen durch die Vermarktlichung des ärztlichen Handlungsfelds hinzu¹⁰⁸. Die Ökonomisierung als Phänomen der jüngeren Zeit tritt in ihren Auswirkungen im Vergleich mit den beiden anderen, vielfach kaum mehr als „arztfremd“ im ursprünglichen Sinne empfundenen Handlungslogiken am wohl prominentesten in Erscheinung. Kritische Betrachtungen zur ärztlichen Tätigkeit beziehen sich in den letzten Jahren fast ausschließlich auf diese sich weiterhin verschärfende Entwicklung, dies umso mehr sie durch die Erhebung von Wirtschaftlichkeit zur obersten Maßgabe ärztlichen Handelns und Entscheidens als immer dringlicheres Problem auftritt.

Die Auswertung der Literatur- und Befundlage zum ärztlichen Handeln legt im Gesamtbild zunächst ein „Spannungsfeld“ unterschiedlicher Rationalitäten (siehe dazu: Vogd 2004a) nahe. Diskrepanzen bestehen, so die These der vorliegenden Arbeit, jedoch weniger (als möglicherweise anzunehmen wäre) zwischen den sich aus den einzelnen Dynamiken ableitenden Handlungsanforderungen als in erster Linie zwischen diesen und der (im Rahmen der vorliegenden Arbeit handlungstheoretisch zu analysierenden) ärztlichen Handlungslogik selbst. Über den Befund eines Spannungsfelds hinausgehend soll im Folgenden das Argument entwickelt werden, dass mit jeder der drei vorgestellten Makrodynamiken – Verwissenschaftlichung, Technisierung und Ökonomisierung – Tendenzen der Formalisierung und Objektivie-

¹⁰⁸ In sehr grundlegender Form setzte sich bereits 1975 der Kulturkritiker Ivan Illich in seinem (vor allem zum Erscheinungszeitpunkt viel kritisierten) Werk „Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens“ mit der beginnenden szientistischen, technischen und auch ökonomischen Überformung der Medizin, allerdings vorwiegend im Kontext der USA, auseinander.

rung ärztlichen Handelns erzeugt werden, die zugleich einer Standardisierung¹⁰⁹ ärztlichen Handelns Vorschub leisten. Dies mag insofern überraschen, als dass z. B. Verwissenschaftlichung und Ökonomisierung für divergente Logiken (in diesem Fall Präzision versus Effizienz) stehen und auf den ersten Blick sogar Gegensätzliches suggerieren. Bei genauerer Betrachtung kann jedoch als generelle Stoßrichtung aller drei auf Makroebene liegenden Entwicklungen der gemeinsame Effekt einer Standardisierung identifiziert werden, der sich in Bezug auf das ärztliche Handeln als problematisch erweist. Standardisierungsbestrebungen entsprechen neben dem Leitbild ökonomischer Rationalität, das sich als Entwicklungstendenz der Systemgestaltung im Gesundheitswesen durchgesetzt hat (vgl. Gerlinger/ Stegmüller 2009) auch der gängigen Vorstellung von Arbeitshandeln als planmäßig-objektivierendem Handeln, die sich als Folge eines Wandels der Betrachtung von Medizin als Domäne wissenschaftlich-technischer Rationalität auch für das ärztliche Handeln etabliert hat. So enthalten die innermedizinischen Entwicklungen der Verwissenschaftlichung und Technisierung der ärztlichen Praxis Dynamiken der Objektivierung und Formalisierung eines von heterogenen Logiken bestimmten Handlungsfeldes, die eine Standardisierung von ärztlichen Arbeitsprozessen scheinbar erlauben. Die ökonomisierte Medizin zeigt sich für diese Verkürzung der Sichtweise auf den Menschen und seinen Körper höchst empfänglich, ist schließlich eine hohe Kompatibilität der Funktionslogiken der Verwissenschaftlichung und Technisierung mit den Zielen der Ökonomisierung kaum von der Hand zu weisen¹¹⁰: Hierin ergänzen sich die drei Makrodynamiken, indem das wissenschaftlich-technische Modell durch die Zuschreibung von wissenschaftlicher Rationalität und Zuverlässigkeit eine berechenbare Grundlage für die ökonomische Kalkulation von Gesundheitsleistungen bildet, hierdurch deren wirtschaftliche Verwertung anhand von messbaren Leistungsmaßstäben erleichtert.

Die Losung „Standardisierte Medizin für standardisierbare Krankheiten“ (Heusser 1999, S. 92) mag nicht die Ansicht der Mehrheit der Ärzte oder allgemeiner, Akteure des Gesundheitswesens widerspiegeln, jedoch bringt sie in ihrer Zuspitzung eine Entwicklung auf den Punkt, die durchaus politisch bzw. von Seiten der betrieblichen Steuerung gewünscht ist. In ihrer Grundaussage beschreibt diese Parole eine Zielsetzung, die als Orientierungsgröße in Bezug auf die Gestaltung und Steuerung des Gesundheitssystems in den letzten zwanzig Jahren maßgeblich geworden ist. Auf der „Suche nach Wirtschaftlichkeitsreserven“ wirken

¹⁰⁹ An dieser Stelle ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass der Terminus Standardisierung hier als Objektivierung und Formalisierung bzw. als Festlegung allgemeiner Standards begriffen wird und nicht per se identisch ist mit einer rigiden, hoch arbeitsteiligen tayloristischen Form der Arbeitsgestaltung.

¹¹⁰ Auch in industriellen Handlungsfeldern ist eine „Affinität von naturwissenschaftlicher Erkenntnis und Verwertungsinteressen“ festzustellen (vgl. Böhle 1992, S. 109, Böhle 1997, S. 172).

Standardisierungsbestrebungen seit geraumer Zeit in jeden Teilbereich der Medizin hinein (vgl. Schölmerich 1997, S. 95), um im vor dem Hintergrund des Kostendrucks geforderten Wettbewerb eine möglichst weitgehende „Kostentransparenz“ mit einer Vergleichbarkeit von genau beschreibbaren Einzelleistungen realisieren zu können. Orientiert wird sich hierbei an den Forderungen der Kostenträger nach einem rationalen Einsatz von Ressourcen, die zunehmend die Rahmenbedingungen der Patientenbehandlung gestalten und definieren. Als wesentliches Instrument der Standardisierung von ärztlichen Arbeitsprozessen ist die Einführung von statistisch basierten Steuerungselementen von Gesundheitsleistungen zu nennen. So werden die DRG-Fallpauschalen auf der Grundlage der „mittleren Verweildauer“ (Borgetto/ Kälble 2007, S. 103) kalkuliert, und machen somit die Abstraktion vom individuellen Fall zur Basis der ökonomischen Betrachtung. Durch diese Vereinheitlichung von Versorgungsprozessen unterliegen auch patientenbezogene Tätigkeitsanteile einer Standardisierungstendenz (vgl. Kühn/ Klinker 2006, S. 6), werden Ärzte als „durch das Primat der Ökonomie und das damit einhergehende Primat der Standardisierung“ „in ihrem Alltag in ihren medizinischen Entscheidungen immer mehr beherrscht“ beschrieben (Neumann 2006, S. 339). Ähnliche Effekte haben auch andere Steuerungs- und Kontrollinstrumente wie die so genannten „Disease-Management-Programme“ zur „Behandlung von Patienten anhand standardisierter Vorgaben“ (Hartwig 2009, S. 170) und das Qualitätsmanagement als Verfahren, mit dem die Einhaltung bestimmter Standards zur Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität garantiert und mit dem zur Optimierung des Prozessablaufs in Kliniken neue Rationalisierungsreserven erschlossen, das ärztliche Handeln so auf dem Wege seiner Objektivierung und Formalisierung der externen Kontrolle und Steuerung zugänglich gemacht werden soll. Verstärkt wird der standardisierende Effekt der genannten Steuerungsinstrumente durch deren Folgen auf Akteursebene, z. B. die stetige zeitliche Verknappung der patientenbezogenen Arbeitszeit, zu deren Optimierung (im Sinne einer effizienten Nutzung) weitere standardisierende Elemente in die Arzt-Patient-Interaktion integriert werden, so z. B. in Form der sich verbreitenden Praxis der standardisierten Voranamnese durch nicht-ärztliches Personal.

Beteuert noch Bollinger 1988, „die ärztliche Praxis selbst ist nicht standardisiert und angesichts der Bedeutung von Ganzheitlichkeit und Kontextkenntnissen im ökologisch-medizinischen Weltbild auch nicht standardisierbar“ (Bollinger 1988, S. 103), muss ihm zwei Jahrzehnte später angesichts der jüngeren Entwicklungen in der Medizin zumindest im ersten Teil der Aussage widersprochen werden. Standards in Form von wissenschaftlich fundierten Handlungsempfehlungen auf der Grundlage von Metadaten haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten in der Medizin etabliert, so in Form von evidenzbasierten Leitlinien, die „rationales Handeln in der ärztlichen Praxis“ (Schölmerich 1997, S. 91) befördern sollen. Intendiert

ist hiermit sowohl eine in ökonomischem Sinn verstandene Rationalität als Vorgehen mit möglichst optimaler Kosten-Nutzen-Relation als auch der Gedanke eines rationalen Vorgehens als wissenschaftlich-exaktes Handeln. Im Zuge dessen erscheint es im Anschluss an Vogd, der eine starke These der „Vereinnahmung“ der evidenzbasierten Medizin durch Politik und Ökonomie vertritt, möglich und wahrscheinlich, dass die tatsächliche oder vermeintliche wissenschaftliche Legitimation der „ärztlichen“ Therapieentscheidung als Feigenblatt für eine ökonomisch motivierte Rationalisierung dient (vgl. Vogd 2004b, S. 12¹¹¹).

Institutionell unterstützt wird mit den genannten Instrumenten die „Nivellierung des Individuellen“ (Heusser 1999, S. 93) bzw. die „Ausschaltung individueller Faktoren von Arzt und Patient“ (ebd.) durch standardisierte Prozeduren. Der „Aufschwung von Konzepten wie der „Evidence Based Medicine“ muss als Ausdruck der Hinwendung zu „subjektunabhängigen Behandlungsformen“ (Schubert 2006, S. 196) verstanden werden, nachdem sich in der Medizin selbst eine fundamentale Bewertungsverschiebung von nicht-explizitem Wissen und von „subjektiven Fähigkeiten und Fertigkeiten“ vollzogen habe (vgl. ebd.). Im eigentlichen Sinne kritisch zu betrachten ist vor allem eine als „Spaltung des Subjekts“ (Böhle 2003a) einzustufende Dichotomisierung in gültige und nicht-gültige Handlungs- und Erkenntnisweisen, die darin zum Ausdruck kommt. Die Grenze scheint hierbei entlang der Objektivierbarkeit bzw. Formalisierbarkeit derselben zu verlaufen. So stellen sämtliche Instrumente der Leistungssteuerung- und Kontrolle Formalisierungsanforderungen an die ärztliche Tätigkeit, durch welche ausschließlich die objektiven Anteile des Subjekts berücksichtigt werden. Als hochgradig kompatibel mit diesem Mechanismus erscheinen die Effekte der Verwissenschaftlichung und Technisierung ärztlichen Handelns im Sinne des verwissenschaftlichten „medizinischen Blicks“ (siehe dazu A 1.) wie auch die dem technisch mediatisierten Erkenntnisprozess immanente Quantifizierungstendenz (siehe dazu A 2.), die beide auf objektivierende Handlungsweisen rekurrieren. Komplementär zu diesen wartet die ökonomisierte Medizin mit einer deutlichen Zunahme formaler Dokumentations- und Begründungszwänge auf (siehe dazu A 3.), wie sie im Rahmen der budgetierten und pauschalierten, vom Einzelfall entkoppelten Versorgung notwendig werden. Hierbei erweisen sich wissenschaftliche und technische Daten als anschlussfähig für ein an „Transparenz“ (im Sinne einer kleinschrittigen und möglichst lückenlosen formalen Darstellbarkeit) orientierten Abrechnungssystem. An die ärztlichen Akteure stellt sich dementsprechend die Anforderung, ihr Handeln anhand formaler Kriterien zu bewerten, wenn nicht gar an diesen auszurichten. In diese Logik der Formalisierung fügt sich

¹¹¹ So könne nach Vogd auch der evidenzbasierten Medizin eine Rolle im Rationalisierungsgeschehen zuteil werden, biete sie Kostenträgern die Möglichkeit des Vorbehalts der Kostenübernahme nicht evidenzgesicherter Therapiemaßnahmen (vgl. ebd.).

auch der (immer stärker) informatisierte Krankenhausbetrieb, der von der Informationsverarbeitungslogik des Computers zusätzlich mitbestimmt wird. Auch hier werden standardisierte, harte, quantifizierende Informationen einseitig selektiert, während weiche Daten durch das „maschinelle Sprachraster“ fallen oder in die „mathematisierte Grammatik der Apparate gezwungen“ (Halfar 1993, S. 201) werden.

4.2 Verdrängung ärztlicher Kunst

Es wurde gezeigt, dass die gesundheitspolitische Gestaltung des ärztlichen Handlungsfelds wie auch die gesellschaftliche Erwartung an den Arzt sich verstärkt am Leitbild eines wissenschaftsbasierten, rationalen Handelns orientieren. Im Zuge dessen wird das ärztliche Handeln mit zunehmender Ausschließlichkeit als objektivierendes Handeln adressiert- mit dem Resultat der Vorstellung von ärztlicher Tätigkeit als weitgehend standardisierbarem und auf diesem Weg rationalisierbarem Handeln. Eine tatsächliche inhaltliche Standardisierung der ärztlichen Tätigkeit erscheint jedoch kaum möglich, da sich weite Teile ärztlichen Handelns, so auf den ersten Blick allein die patientennahen Bereiche der Diagnose und der Therapie „angesichts der Komplexität der in der Praxis auftretenden Krankheitsbilder“ (Schölmerich 1997, S. 93) einer Objektivierung und Formalisierung widersetzen. Vor allem die in der ökonomischen Betrachtungsweise als „Grenzbereiche“ und „Grauzonen“ (Neumann 2006, S. 333) von Arbeit konzipierten Elemente interaktiver und kommunikativer Arbeit mit dem Patienten erscheinen kaum vollständig formal darstellbar. Dennoch werden auch „unscharfe Handlungsfelder“ durch die Anforderungen der Ökonomie in der Tendenz als prinzipiell standardisierbare Handlungsbereiche vorausgesetzt, in denen Restunsicherheiten keinen Platz haben¹¹². Als Konsequenz dieser Betrachtung wird das ärztliche Handeln unter Formalisierungsdruck gesetzt.

Bestimmte Aspekte des ärztlichen Handelns, die gemeinhin als ‚ärztliche Kunst‘ gelten, fügen sich jedoch weder in das Schema der wissenschaftlichen (Selbst-) beschreibung noch in das

¹¹² Auf die Schwierigkeit der Synchronisation medizinisch-technischer Handlungsabläufe und klinischer Versorgungsstrukturen verweist bereits Feuerstein 1996 (vgl. Feuerstein 1996a, S. 84), der die betriebswirtschaftliche Steuerung des Krankenhauses unter ausschließlich mathematisch-ökonomischen Gesichtspunkten kritisch hinterfragt. „Eine Konsequenz dieser Adaption“, so folgert Feuerstein, „ist die mathematisierende Betrachtung des medizinischen Geschehens und der daran beteiligten Akteure“ (ebd., S. 91). Es scheint jedoch, dass wesentliche Differenzen oder sogar Inkompatibilitäten zwischen betrieblicher Unternehmensführung und den Eigenlogiken der Gesundheitsberufe von Seiten der Politik und des Krankenhausmanagements systematisch verkannt oder ausgeblendet würden.

Konzept einer effizienzoptimierten, standardisierten Dienstleistungsmedizin. Diese Elemente professionellen ärztlichen Handelns werden unter den beschriebenen systemischen Voraussetzungen zunehmend in die Defensive gedrängt. Mit der ‚ärztlichen Kunst‘ assoziierte Phänomene wie der ‚ärztliche Blick‘ und die ‚ärztliche Intuition‘ werden marginalisiert oder sogar verdrängt¹¹³, zumindest jedoch aus der vorherrschenden Wahrnehmung des Arztes ausgegrenzt und erfahren aufgrund der Tatsache, dass sie sich strukturell einer Objektivierung entziehen, eine Abwertung.

So können die drei Makrodynamiken bzw. deren Zusammenwirken als Ursache für den Legitimationsverlust des Kunstkonzepts aufgezeigt werden. Diese Feststellung ließe sich als Wandel eines Berufsbilds im Rahmen des gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses deuten. Es stellt sich jedoch die Frage, inwiefern dieser Prozess nicht eine Fehlentwicklung in der Betrachtung und Bewertung ärztlichen Handelns beinhaltet¹¹⁴. Hieran anknüpfend wird im Folgenden aus handlungstheoretischer Sicht argumentiert, dass sich ärztliches Handeln nur unvollständig als objektivierendes Handeln fassen lässt, d. h., tragende Aspekte der ärztlichen Professionalität hierin keine Berücksichtigung finden. These der vorliegenden Arbeit ist, dass das ärztliche Handeln als Zusammenspiel objektivierender und - in bestimmten Situationen, die als unwägbare, von einer Vielzahl individueller Variablen abhängige Praxis zu beschreiben sind - subjektivierender Handlungsweisen zu charakterisieren ist. Zum genauen Verständnis der These gilt es mögliche Missverständnisse auszuräumen: Gemeint ist mit der angestrebten Differenzierung in ein „objektivierendes“ bzw. „subjektivierendes“ Handeln weder die häufig getroffene Gegenüberstellung von instrumentellen Verrichtungen und kommunikativem Handeln¹¹⁵ noch von fremdbestimmtem und selbstbestimmtem Handeln¹¹⁶. Die Analyse des ärztlichen Arbeitshandelns zeigt dieses als quer zu den genannten Kategorien liegend auf: So kann körperbezogenes und auch kommunikatives Handeln sowohl im Modus objektivie-

¹¹³ So konstatiert bereits Silomon 1983 die Rückläufigkeit ärztlicher Kunst unter den Bedingungen der Verwissenschaftlichung ärztlichen Handelns (vgl. Silomon 1983, S. 12). Diese Entwicklung muss durch das Zusammenwirken der drei Makrotendenzen als potenziert betrachtet werden.

¹¹⁴ Dies ohne sich, wie häufig vorgeworfen wird (z. B. von Göckenjan 1992, S. 121), auf das Terrain standespolitischer Agitation zu begeben.

¹¹⁵ So ist das beim Arzt konstatierte „Dilemma zwischen instrumentellem und kommunikativen Handeln“ (Siegrist 2005, S. 269) keineswegs zwingend der Fall.

¹¹⁶ Eine solche Unterscheidung könnte entlang der Kategorie der klassischen Vorstellung von ärztlicher Handlungsautonomie getroffen werden.

renden¹¹⁷ als auch subjektivierenden Handelns erfolgen. Ebenso kann selbstgesteuertes Handeln Merkmale eines subjektivierenden als auch objektivierenden Handelns aufweisen.

Zur Analyse der Grenzen objektivierenden Handelns bei der ärztlichen Tätigkeit soll die Kategorie ‚ärztliche Kunst‘ handlungstheoretisch erschlossen werden. Zu einer Bestimmung des Phänomens ‚ärztliche Kunst‘ unter handlungstheoretischen Gesichtspunkten erscheint das Konzept des subjektivierenden Handelns in hohem Maße geeignet, da es mit den Kategorien des objektivierenden und subjektivierenden Handelns in der Lage ist, sowohl die wissenschaftlich-rationalen Aspekte als auch die Eigenschaften einer ärztlichen Kunstlehre zu reflektieren. Unter Bezugnahme auf das Element subjektivierenden Handelns kann ärztliche Kunst mittels der Operationalisierung in die Dimensionen „Vorgehensweise“, „Wissen und Denken“, „Sinnliche Wahrnehmung“ und „Beziehung zum Arbeitsgegenstand“ als spezifisch strukturierte Arbeitsweise und als besondere Form von Professionalität aufgezeigt werden, die in der Praxis unverzichtbar ist.

Zum Begründung dieser These und zur Vorbereitung der empirischen Untersuchung wird im folgenden Kapitel (B) sowohl eine handlungstheoretische Einbettung, im Rahmen derer zentrale Konzepte „anderen“ Wissens und Handelns synthetisiert und für den Grundgedanken der vorliegenden Arbeit anschlussfähig gemacht werden, vorgenommen sowie eine Aufarbeitung des Forschungsstands zum ärztlichen Wissen und Handeln geleistet.

¹¹⁷ Dies wäre im Rahmen des Arzt–Patient–Gesprächs z. B. der Fall, wenn sich Gesprächsinhalte rein auf den Bereich expliziten, rational begründbaren Wissens bezögen, andere Kommunikationsformen hingegen keine Rolle spielten.

Teil B: Erweiterung des rationalen Arbeitsbegriffs – die „andere“ Seite ärztlichen Handelns

1 Verwissenschaftlichung und planmäßig-rationales Handeln

Wir leben wie selbstverständlich in einer von Wissenschaftlichkeit durchdrungenen Zeit. Hierauf verweist nicht nur der enorme quantitative Anstieg von verfügbarem Wissen¹¹⁸ als Phänomen der modernen Gesellschaft. Auch wird Wissen vorwiegend als wissenschaftliches Wissen begriffen. Wissenschaftlichkeit wird im 19. Jahrhundert zum Synonym für Wahrheit. Von der herausragenden Prominenz des gesellschaftlichen Teilsystems Wissenschaft kündigt auch die Ausdifferenzierung der Wissenschaft in eine unüberschaubare Summe von Disziplinen und Subdisziplinen. Es gibt Spezialisten, Experten, Professionals für alles und jedes.

Spätestens mit der prominent gewordenen soziologischen Zeitdiagnose der „Wissensgesellschaft“ (Bell 1973) wurde Wissen bzw. die Verfügung über selbiges als Produktionsfaktor in einer hoch arbeitsteiligen und funktional stark ausdifferenzierten Gesellschaft deutlich. Mit Böschen/ Schulz-Schaeffer 2003 kann eine weitere Ausdifferenzierung bzw. Aktualisierung des Konzepts getroffen werden, indem die Autoren u. a. die „gewachsene Bedeutung von Wissen als Ressource wirtschaftlicher gesellschaftlicher Wertschöpfung und Innovation“ sowie vor allem den Prozess des Eindringens wissenschaftlichen Wissens in andere, bis dato von anderen Logiken geprägte gesellschaftliche Teilsysteme als Merkmal hervorheben, durch welches das wissensproduzierende System diese nachhaltig verändere und der modernen Gesellschaft erst den sie prägenden Charakter eines sich als rational definierenden Gesamtsystems verleihe (vgl. Böschen/ Schulz-Schaeffer 2003, S. 9). Hiervon ist, wenn auch mit einiger Verzögerung, das Medizinsystem betroffen.

¹¹⁸ Die Verdoppelungszeit des zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Wissens hat sich seit Mitte des 19. Jahrhunderts enorm und sprunghaft verkürzt. Betrug sie zwischen 1800 und 1900 ein ganzes Jahrhundert, so ist gegenwärtig von einer nurmehr fünfjährigen Periode auszugehen (vgl. Gross 1992, S. 292).

1.1 Der Mensch als Verstandeswesen

Grundlegend für die Entwicklung des modernen wissenschaftlichen Weltbilds ist die Herausbildung der neuzeitlichen Naturwissenschaften seit dem 17. Jahrhundert zu betrachten. Hiermit nimmt eine grundlegende Änderung der Sichtweise auf Natur und Mensch ihren Ausgang, die von Weber pointiert als „Entzauberung der Welt“ auf den Begriff gebracht wird. Etabliert wird hiermit zugleich eine Hierarchie von Erkenntnismöglichkeiten unter Vorherrschaft des Rationalen, „die von dem Bestreben nach gesicherter Erkenntnis und irrtumsfreiem Handeln getragen ist“ (Brödner 1997, S. 33) und die bis heute das westliche Denken bestimmt. Das im rationalistischen Paradigma verankerte Verständnis der grundsätzlichen Mathematisierbarkeit physikalisch-organischer Gegebenheiten und Vorgänge im Rahmen mathematischer Modellbildung sowie deren Formulierung in abstrakt-logischen Regeln und allgemeinen Gesetzmäßigkeiten verspricht Naturbeherrschung durch „Berechnung“. Naturgesetze und mathematische Modelle können im Kurs einer objektiv-rationalen, kausal-deterministischen Weltwahrnehmung, verstanden als Abbildung „objektiver Realität“, universelle Gültigkeit beanspruchen (vgl. ebd., S. 78).

Die Beherrschung der äußeren Natur wird gleichsam auf den Menschen als Beherrschung seiner inneren Natur übertragen. In ihrer radikalsten Form auf den Punkt gebracht wird die den Menschen von nun an in korrekte, objektive und verzerrende subjektive Anteile spaltende Konzeption des rationalistischen Menschen- und Weltbilds durch den von Descartes begründeten Dualismus von Mensch und Natur, bzw. von Geist und Körper sowie von Verstand und Gefühl. Die Descartes'sche Leitformel „cogito ergo sum“ sowie seine Spaltung des Menschen durch die Konzeption von Materie als „res extensa“ und Geist als „res cogitans“ plädieren mit nachhaltiger Wirkung für eine systematisch-verstandesmäßige Durchdringung der Wirklichkeit durch das „Verstandeswesen“ Mensch- und in der Konsequenz für eine Skepsis gegenüber anderen Deutungsmöglichkeiten (vgl. Böhle 2009a, S. 161 ff.).

Der körperlich-sinnlichen Wahrnehmung, die als nur begrenzt der rationalen Kontrolle zugänglich betrachtet wird, wird hierdurch die Deutung der Welt entzogen, die nur dem (zur Objektivität fähigen) Verstand zugestanden wird (vgl. dazu ausführlicher: Böhle 2003b, S. 149-153). Der „entseelte und entgeistigte“ (Weishaupt 1994, S. 241) menschliche Körper unterläuft auf diese Weise einen Prozess der „Neutralisierung“, der sich auf fünf Ebenen aufzeigen lässt (vgl. Böhle 1992, S. 105):

- (1) Disziplinierung und Kontrolle körperlicher Bedürfnisse
- (2) Abkopplung der sinnlichen Wahrnehmung vom subjektiven Erleben (Objektivierung)

- (3) Partikularisierung der Sinne (bzw. Zurückdrängung der Nahsinne zugunsten der Fernsinne)
- (4) Beschränkung der Eigenaktivität der Sinne
- (5) Ästhetisierung sinnlicher Wahrnehmung und Entwicklung von Innerlichkeit als spezifische Form subjektiven Erlebens

Die Unterordnung von sinnlicher Wahrnehmung als Erkenntnismedium unter das Primat der Ratio hat eine lange Tradition in der abendländischen Philosophie¹¹⁹, die als ursächlich zu betrachten ist für die Geringschätzung des menschlichen Körpers als Störfaktor intelligenten Verhaltens (vgl. Dreyfus 1972, S. 147f.)¹²⁰. Vor allem durch ihre Nähe zum subjektiven Empfinden erscheint die sinnliche Wahrnehmung mit den durch die modernen Naturwissenschaften begründeten Erkenntnisprinzipien der universellen Gültigkeit und der Verstandesmäßigkeit unvereinbar. Wenn auch im neuzeitlichen Wissenschaftsbegriff Erfahrung als unverzichtbares Medium der Erkenntnis prinzipiell anerkannt wird, gilt dies jedoch nur im Kontext einer spezifischen Formung des Gebrauchs der Sinne, die als Eingrenzung und Zurichtung der menschlichen Wahrnehmung in Verbindung mit rationaler Begriffsbildung beschrieben werden kann. Ausgenommen von dieser Ausgrenzung der menschlichen Sinne wird allein die visuelle Wahrnehmung, die sowohl den Prinzipien der Exaktheit, Mess- und Quantifizierbarkeit als auch der rationalen Kontrolle zugänglich erscheint, bzw. in diesem Sinne „geformt“ werden kann, während die Nahsinne (Riechen, Schmecken, Tasten, Hören) als so genannte „niedere Sinne“ als kaum instrumentell brauchbar eingestuft werden. Auch reicht der Dualismus Descartes' in den (modernen) Sprachgebrauch hinein, indem kaum mehr auf den menschlichen „Leib“, sondern nur auf den menschlichen „Körper“ Bezug genommen wird (vgl. Böhle 1999a, S. 94-95).

¹¹⁹ vgl. hierzu ausführlicher Brödner 1997, S. 33f. So repliziert sich die Zentralstellung von „Explikation“ und „Reflexion“ als Kriterien für Weisheit bei Sokrates bis in die Neuzeit hinein als paradigmatische Engführung des Wissensbegriffs. Auch die Methode der Logik nach Aristoteles konzipiert Erkenntnis durch die formale Beweismethode mittels expliziten Schlussregeln, im Rahmen derer der sinnlichen Wahrnehmung und der Erfahrung zugängliche Dinge nur eine minderwertige Erkenntnisfähigkeit zugestanden wird. Diese Sichtweise kritisiert Dreyfus insofern, als dass Aristoteles – fälschlicherweise - einen kalkulierbaren und kalkulierenden Menschen unterstelle (vgl. Dreyfus 1972, S. 145).

¹²⁰ Eine Konsequenz dieses Weltbilds ist Unterordnung körperlicher unter die geistige Arbeit als überlegene Form menschlicher Arbeitsverrichtung.

1.2 Der moderne Arbeitsbegriff

Die Abwertung des Körperlichen unter das Primat der Ratio zeigt sich als elementar für die Begriffsbildung und das Verständnis des modernen Arbeitsbegriffs, der in der sozialwissenschaftlichen Diskussion stark von der Weber'schen Konzeption zweckrationalen Handelns geprägt ist (vgl. Böhle 2002, S. 107). Zentraler Gedanke ist hier die Vorstellung der „verstandesmäßigen“ Regulierung von Handlungsabläufen, die eine gleichzeitige Abgrenzung zu Gefühlen und subjektivem Empfinden bedeutet, implizit liegt dieser Konzeption die Idee einer dem Handlungsvollzug vorausgehenden Entscheidung und Planung auf Basis von rationaler Analyse und Wissen zugrunde. Auch bei Marx, der durchaus die körperlich/sinnliche Qualität menschlichen Arbeitsvermögens betont, wird gleichwohl als das Signum menschlicher Arbeit die geistige Potenz und der damit verbundene planmäßige Charakter menschlichen Arbeitshandelns ausgewiesen¹²¹. Dementsprechend wurde auch in der Industrie- und Arbeitssoziologie Arbeit allgemein als ein instrumentell-gegenstandsbezogenes und planmäßig-rationales Handeln konzipiert (vgl. Böhle 2010, S. 152).

Dem Leitbild planmäßig-rationalen Arbeitshandelns entspricht auch die psychologische Handlungsregulationstheorie nach Hacker 1987¹²². Dieser Ansatz beschreibt Arbeit idealtypisch als zielorientiertes Erreichen von Zielen durch Planmäßigkeit. Arbeit wird somit als Ergebnis einer Planungshandlung vorgestellt, die als Denktätigkeit der Handlungsausführung vorgeschaltet ist, gemäß der klassischen Vorstellung: ‚erst denken, dann handeln‘ (vgl. Böhle et. al. 2004, S. 107). Kernelement der Handlungsregulationstheorie ist der Gedanke einer zielgesteuerten Veränderung der Umwelt mit definierten Ausgangs- und Zielzustand durch „Transformationen“. Eine komplette und vollständige Problemzerlegung wird hiermit nicht unterstellt, da eine Problemreformulation im Zuge sukzessiven Erkenntnisgewinns während der Handlungsausführung als Möglichkeit integriert wird. Auch können aus einem übergreifenden Ziel so genannte „Teilziele“ gemacht werden, die als „zyklische Einheiten“ „hierarchisch-sequentiell organisiert und durchlaufen werden“ (vgl. Volpert 2003, S. 40-42).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wird die „Verwissenschaftlichung“ industrieller Produktion zum vorherrschenden Leitbild für die betriebliche Praxis, die im Folgenden nach den Prinzipien rationalen Handelns umgestaltet wurde (vgl. Böhle/ Rose 1992, S. 5). Mit der Einfüh-

¹²¹ Paradigmatisch hierfür ist der Vergleich zwischen Biene und Baumeister bei Marx (1971), S. 193

¹²² Eine zusammenfassende Darlegung der Argumentation findet sich bei Volpert 2003, S. 37-56. Die unter B 3.3.4. erfolgende Darstellung des improvisierend-intuitiven Handelns nach Volpert ist als explizite Kritik an bzw. Revision der Vorstellungen der Handlungsregulation zu verstehen.

rung von wissenschaftsbasierten technischen Prozessen in die Produktion entfaltete sich der mit der Industrialisierung angeschobene sukzessive Verdrängungsprozess von Erfahrungswissen, das bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts selbstverständlicher Begleiter und Gestaltungskriterium technischer Entwicklungen war (vgl. Böhle 1992, S. 97). Erfahrungswissen wurde im Folgenden zunehmend an den Kriterien der Wissenschaften gemessen, Theorie und Praxis getrennt, Erfahrung und Tradition in exakte und rationale Verfahren der modernen Industrie überführt (vgl. Böhle 2003b, S. 143f.). Erfahrungswissen wurde damit – soweit überhaupt berücksichtigt und als notwendig erachtet - auf Fingerfertigkeit, Schnelligkeit, Routinisierung reduziert und als „Habitualisierung“ und „Handlungsautomatisierung“, die auf einer nicht mehr bewussten Steuerung beruht, gedeutet (vgl. Sevsay-Tegethoff 2007, S. 37), das Handlungssubjekt zum „potentiell störenden Anhängsel“ von Technik degradiert (vgl. Böhle 2002, S. 41-43).

Grenzen und Brüche der Verwissenschaftlichung

Dem Boden der rationalistischen Denktradition entspringen unstrittige Erfolge, die sich in Wirtschaftszahlen und auch der Vielfalt technischer Artefakte ablesen lassen, die das Gesicht der modernen Gesellschaft nachhaltig prägen. In den 1980er Jahren konnte ein exponentiell wachsendes Leistungspotential der industriellen Produktion verzeichnet werden (vgl. Brödner 1997, S. 14). Die Einführung der Computertechnologie in die industrielle Produktion versprach schließlich Rationalisierung auf ungekanntem Niveau. Die Implementierung von informationstechnischen Systemen bewirkte einen steigenden Explizierungsdruck für Bereiche, in denen bislang das implizite Wissen der Arbeitskräfte maßgeblich war, so dass von einer „forcierten Verwissenschaftlichung und Informatisierung“ (Rammert 2007, S. 147) gesprochen werden kann. Nicht nur die Ersetzung des ohnehin als obsolet geltenden „Körperwissens“ sondern auch die Modellierung geistiger Vorgänge erschien in Reichweite. Die realen Entwicklungen blieben jedoch auch hier, beispielhaft am Scheitern des Konzepts der „mannlosen Fabrik“ abzulesen, weit hinter den Erwartungen zurück. Insbesondere die Informatisierung von Erfahrungswissen als vorrangige Ambition des betrieblichen Managements kann daher insgesamt als empirisch gescheitert gelten¹²³. Grenzen des Einsatzes von Computersystemen wurden unmittelbar deutlich, wo die Algorithmisierung und technische Ersetzung bzw. Simulation des menschlichen Problemlösens versucht wird. Als Grund hierfür sei einmal mehr auf die Grundannahmen rationalistischer Tradition, von Brödner als „Irrtümer“ (Brödner 1997, S. 69) bezeichnet, verwiesen, geistige Prozesse rein im objektivierenden

¹²³ Eine Vertiefung des Themas der wissenschaftlich-technischen Substitution von Erfahrungswissen erfolgt in B 4.

Schema zu begreifen und durch die Zielsetzung der Ausschaltung subjektiver Anteile wesentliche Elemente des menschlichen Erkenntnisprozesses, wie etwa die zum bloßen „Rohmaterial“ (Brödner 1997, S. 78) empirischer Erkenntnisgewinnung degradierte sinnliche Wahrnehmung, auszugrenzen. Auch wird hinter dem Vorhaben, Expertenwissen durch dessen Replikation zeit-, ort- und subjektunabhängig verfügbar machen zu können und so kapitalintensives Personal technisch zu substituieren, häufig übersehen, dass Expertensysteme personengebundene Expertise keineswegs obsolet werden lassen- im Gegenteil erweist sich diese sowohl zur sinnvollen Nutzung als auch zur Neuerschließung von Expertenwissen vor allem in dynamischen Anwendungskontexten häufig als unabdingbar (vgl. ebd., S. 201). So hat sich in der neueren Diskussion die Erkenntnis der „Unverzichtbarkeit des besonderen Erfahrungswissens qualifizierter Fachkräfte“ (Bauer et. al. 2006, S. 30) durchgesetzt, so dass unter diesem Aspekt sogar eine „Requalifizierung industrieller Produktionsarbeit bei fortschreitender Technisierung“ (ebd.) konstatiert wird.

Als weiterer nennenswerter Befund ist anzufügen, dass die dienstleistenden Sektoren durch den Einsatz von IT eine weit geringere Produktivitätssteigerung als produzierende Sektoren aufwiesen (vgl. Brödner 1997, S. 14). Prinzipielle Grenzen der Bildung theoretischer Modelle bzw. strukturelle Grenzen der technischen und computerbasierten Durchdringung von Arbeitsfeldern zeigen sich im Bereich interaktiver und kommunikativer Arbeit offenbar direkter und eindeutiger.

1.3 Anforderungen an einen neuen Arbeitsbegriff

Im Laufe der vorliegenden Arbeit wird die Infragestellung von Arbeitshandeln als ausschließlich planmäßig-rational denkbarem Handeln einen zentralen Stellenwert einnehmen. Es gilt in einem generelleren Zugang die scheinbar unangreifbare Vorstellung zu hinterfragen, dass Problemlösen nur durch ein planmäßig-rationales Handeln möglich und erfolgreich ist. Insbesondere im Hinblick auf interaktives Handeln, das im Rahmen von Dienstleistungsberufen zu einem wesentlichen Bestandteil moderner Arbeit geworden ist, erscheint weiterhin eine „empfindungs- und körperlose“ Konzeption des handelnden Subjekts als unzureichend (vgl. Böhle 1999a, S. 102). Die vorliegende Arbeit knüpft hier an Forschungsansätze an, die auf der Grundlage empirischer Untersuchungen und theoretischer Überlegungen zu einer erweiterten Sicht auf menschliches Problemlösen im Allgemeinen und Arbeit im Besonderen führen.

In dieser Perspektive werden im Folgenden in Erweiterung des Begriffs planmäßig-rationalen Handelns konkrete Befunde und Analysen zum Forschungsgegenstand „Ärztliches Wissen

und Handeln' vorgestellt, bevor eine Rahmung auf theoretisch-konzeptueller Ebene erfolgt. Mit dem Ziel einer Annäherung an das Phänomen ‚Ärztliche Kunst‘ wird zunächst eine Zusammenschau unterschiedlicher Perspektiven auf das ärztliche Handeln angestrebt. Beginnend mit der Analyse der Vermittlung ärztlichen Grundlagenwissens ‚im Lehrbuch‘ (B 2.1.) kann verdeutlicht werden, dass der (im Rahmen der vorliegenden Arbeit empirisch ausdifferenzierende) Erwerb ärztlicher Handlungskompetenz als Entfernung von einem planmäßig-objektivierenden Handeln perspektiviert werden kann.

Der Darstellung wegweisender Befunde der vorwiegend angloamerikanischen Expertiseforschung (B 2.2.) eröffnet die Sichtweise auf ärztliches Expertenwissen als weitgehend implizites Wissen. Aufgrund dieser Tatsache erwiesen sich die Potentiale des Diagnosecomputers als unzureichend. Von der Entwicklung medizinischer Expertensysteme erhofft wurde die Bewältigung der infolge der Verwissenschaftlichung und Technisierung des ärztlichen Erkenntnisprozesses entstehenden ‚Informationsexplosion‘ und ‚Datenflut‘, die von Wagner 1995 als Folgeproblematik einer ‚reflexiven Verwissenschaftlichung der Medizin‘ gar zur ‚Krise der Medizin‘ erklärt wurde. Dass von dieser illusorischen Ambition schnell wieder Abschied genommen werden musste, zeigt Kapitel B 2.2.4., in welchem das ‚Scheitern des Diagnosecomputers‘ festgestellt werden muss. Wagners Arbeit kann zudem vor allem hinsichtlich seiner Erkenntnis der ‚Krise der Medizin‘ als einer ‚Krise ihrer wissenschaftlichen Methodengewissheit‘ (Wagner 1995, S. 271-272) sowie seiner aus der Empirie gewonnenen Einsicht, ‚Medizin als Praxis oder Klinik ist überhaupt keine Wissenschaft!‘ (ebd., S. 278) anschlussfähig gemacht werden.

Im Rahmen der Darstellung des State of the Art zum ärztlichen Wissen und Handeln (B 2.3.), sind vor allem Abweichungen zum vorherrschenden Konstrukt planmäßig-objektivierenden ärztlichen Handelns näher zu beleuchten. Die in den jeweiligen Konzeptionen ärztlichen Handelns enthaltenen ‚anderen‘ Aspekte der ärztlichen Praxis schwingen in vielen Darstellungen eher unterschwellig mit, in anderen sind sie sehr offenkundig. Zunächst sind die Betrachtungen ärztlichen Wissens und Handelns durch die professionssoziologischen ‚Klassiker‘ im Bereich der ärztlichen Profession, Parsons und Freidson, zu hinterfragen. Es zeigt sich, dass interessanterweise vor allem bei dem als ‚Kritiker‘ ärztlicher Professionalität einzuordnenden Freidson ein Wissensbegriff vorliegt, der sich nicht in den Rahmen eines wissenschaftlich-rationalen Handelns fügt. Dieser Gedanke kann anhand der Befunde empirischer Forschungsarbeiten vertieft und hinsichtlich verschiedener Handlungsbereiche systematisiert werden.

Anschließend werden – erneut auf die theoretisch-konzeptuelle Ebene zurückgehend- in Kapitel B 3. Konzepte ‚anderen‘ Wissens und Handelns zunächst vorgestellt und schließlich für

die vorliegende Arbeit synthetisiert. Das Kapitel schließt mit einer Darlegung der theoretisch-konzeptuellen Entwicklung sowie der empirischen Grundlagen des der empirischen Untersuchung zu Grunde liegenden handlungstheoretischen Konzepts des subjektivierenden Arbeitshandelns (B 4.). Eingeführt werden soll hiermit eine erweiterte Vorstellung menschlichen Arbeitshandelns im Sinne der Verfügung über „Erfahrungswissen“, die sich auch für das ärztliche Handeln als tragfähiges Konzept erweist.

2 Die „andere“ Seite ärztlichen Handelns

Darzustellen sind im Folgenden Konzepte und empirische Befunde zur ärztlichen Praxis, die aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen die „andere“ Seite ärztlichen Handelns in den Blick nehmen und hierdurch zu einer Erweiterung des Begriffs planmäßig-rationalen Handelns beitragen.

2.1 Ärztliches Wissen und Handeln in der medizinischen Ausbildungsliteratur

Eine zusammenfassende Darstellung der Vermittlung medizinischen Wissens und Könnens in der medizinischen Ausbildungsliteratur darf in der Analyse ärztlichen Wissens und Handelns nicht fehlen, kann hierdurch ein Eindruck gegeben werden, welche inhaltlichen Aspekte und Herangehensweisen in den jeweiligen Handlungsfeldern in den Vordergrund gestellt werden. Das ausgewählte, sich hauptsächlich an medizinische Anfänger richtende Lehrbuch (Dahmer 2002¹²⁴) ist bestrebt, Hinweise für die erfolgreiche Gestaltung der einzelnen ärztlichen Handlungsbereiche Diagnose, Anamnese und körperliche Untersuchung sowie, in einem separaten Kapitel, zum „allgemeinen Eindruck“ (Kapitel 1-6, 22) zu geben.

Die dargestellten Handlungsabläufe, die sich vorwiegend an einem Instrumentarium expliziten und formalisierbaren Wissens orientieren, sind sicherlich als Basiskenntnisse unverzichtbar. Dennoch ist festzuhalten, dass an einigen Stellen die Grenzen der Darstellung ärztlichen Handelns sowohl als rein kognitiv-rationales als auch schematisierbares Handeln deutlich werden.

¹²⁴ Aufgrund der anvisierten Praxisnähe, seines explizit didaktischen Charakters, des breiten Themenspektrums von körperlicher Untersuchung bis hin zur Computernutzung und nicht zuletzt seiner Aktualität und Tradition (das Werk erscheint seit 1970 in der mittlerweile zehnten Auflage) erscheint „Anamnese und Befund“ (Dahmer 2002) als geeignete Wahl, die Außenbetrachtungen durch eine Perspektive der Profession auf die speziellen Herausforderungen ihrer eigenen Tätigkeit zu ergänzen.

2.1.1 Handlungsfeld Anamnese

Die Überschrift des ersten Kapitels zur Anamnese „Arzt und Patient - Anamnesetechnik“ (Kapitel 2, S. 8-20) legt eine Betonung formaler und systematischer Herangehensweisen für die Anamnese nahe. Entgegen dieser Erwartung nehmen jedoch psychologische und interaktionstheoretische Themen, die das Bewusstsein des medizinischen Anfängers für die spezielle Situation der Arzt-Patient-Begegnung schulen sollen, einen erheblichen Raum ein. Erst in den folgenden Kapiteln „Erheben der Anamnese“ (Kapitel 3, S. 21-45) und „Begleitbeschwerden, Systemübersicht und bisheriger Krankheitsverlauf. Die Anamnese im weiteren Sinn“ (Kapitel 4, S. 46-62) werden verstärkt Gesprächsabläufe und „Techniken“ fokussiert, die dem Arzt einen Leitfaden zur Gestaltung eines informationsgenerierenden Anamnesegesprächs an die Hand geben sollen.

So werden dem medizinischen Anfänger werden zunächst „alltagspsychologische Regeln“ der zwischenmenschlichen Interaktion erläutert, deren Beachtung zu einer gelungenen Arzt-Patient-Begegnung beitragen soll (S. 8-9). Trotz einer sich zwangsläufig einstellenden „Routine“, der Angewöhnung von „Standardfragen“ gelte es, das „Gefühl für die Besonderheit der Situation“ in der Anamnese zu bewahren. Konkrete Empfehlungen, wie die Berücksichtigung von Schamgefühlen und psychischen Belastungen des leidenden Patienten sowie seiner Körpersprache, die Herstellung einer ungestörten Untersuchungsatmosphäre unter Vermeidung des Eindrucks von Zeitdruck sowie zur Gestaltung des Sprechzimmers werden gegeben („Wäre es Ihnen gleichgültig, ob Sie bei der Anamnese dem Arzt so gegenüber sitzen, dass ein gelegentliches Ausweichen mit den Augen kaum möglich ist, oder ob die Schreibtischlampe so gestellt ist, dass sie wie ein Scheinwerfer wirkt?“). Die Herstellung eines Vertrauensverhältnisses, Ziel der genannten Maßnahmen, wird als elementare Voraussetzung formuliert.

Unter der Überschrift „Rolle des Arztes“ (S. 8-11) wird ein den gesellschaftlichen Erwartungen an die Persönlichkeiten des Arztes entsprechender Auftritt umrissen: Beginnend mit persönlicher Vorstellung und einem Händedruck werden „ärztliche Eigenschaften“, wie „Bestimmtheit und Güte“, „taktvoll-bescheidenes Verhalten“, „teilnehmende Zuwendung, die echte Hilfsbereitschaft erkennen lässt“ definiert. Als Grundbedingung einer „Offenheit“ des Patienten müsse in erster Linie das „Gefühl des Akzeptiertwerdens“ gelten. Konkret werden hierzu Verhaltensregeln angeführt, mittels derer der Arzt verbal und nonverbal „Zuwendung zeigen“, „Geduld haben“, „Vertrauen schaffen“ und „Wärme fühlen lassen“ kann.

Grundsätzlich werden hiermit menschliche Qualitäten der Empathiefähigkeit angesprochen, die offenbar eine zentrale Rolle innerhalb der professionellen Selbstkonzeption spielen. Diese

charakterliche Disposition wird als grundsätzlich erlernbar thematisiert, Hilfestellungen dazu angeboten: „Ihr Einfühlungsvermögen können Sie mit Analogieschlüssen auf Ihre eigene Erlebnisfähigkeit schulen, indem Sie sich fragen: ‚Wie würde ich in einer solchen Lage reagieren?‘“ Interessant erscheint zudem die (im Sinne einer „Affektneutralität“ mit der professionellen Selbstkonzeption der Profession kompatible) Abgrenzung der anvisierten „Einfühlungsfähigkeit“ zu den benachbarten Emotionen „Mitgefühl“ und „Sympathie- insbesondere die „Gefühlsansteckung“ sei im Hinblick auf die Bewahrung der „für den diagnostisch-therapeutischen Zweck erforderlichen Distanz“ tunlichst zu vermeiden.

Als „vier Ziele der Anamnese“ (S. 12-13) werden im Folgenden die Genese von „Sachinformationen“; „Einblick in die Persönlichkeit des Kranken“, die Herstellung eines „Vertrauensverhältnisses“ sowie die Möglichkeit der „Katharsis“ für den Patienten genannt. Durch die Berücksichtigung dieser Zieldimensionen sei der „meistgehörte Einwand gegen unsere heutige Medizin, dass sie zu unpersönlich sei“, zu entkräften.

Stärker ins Detail gehend wird ein Leitfaden für die Gestaltung der Interaktion innerhalb eines normativen Arzt-Patient-Verhältnisses skizziert, zusätzlich wechselseitige Rollenerwartungen und Dispositionen der beteiligten Akteure (Persönlichkeitseigenschaften, Bildungsstand, Vorkenntnisse sowie Zielvorstellungen und Motivationen) sowie mögliche situationsgebundene intervenierende Variablen dargestellt (S. 13-17). Der angehende Arzt soll so für mögliche Einflussfaktoren sensibilisiert werden sowie das eigene Verhalten im Hinblick auf die Gefahr einer „Übertragung“ prüfen. Im Sinne des Gelingens des Gesprächs zwischen Arzt und Patient ist vom Arzt sowohl auf Sender- als auch auf Empfängerseite eine den Patienten zentral stellende Grundhaltung einzunehmen. Zum einen kann der Patient durch eine „seinem Bildungsstand angepassten Sprache“ zur Mitarbeit bewegt werden. Ein Wandel der Patientenerwartung an den Arzt in Form einer deutlich kritischer und selbstbewusster gewordenen Haltung des Patienten („Autoritätsgläubige Patienten, die sich mit Fachausdrücken aus dem Mund des Arztes begnügen, sind seltener geworden., die Zahl der Kritiker am so genannten Visitenlatein nimmt zu“) wird in diesem Zusammenhang ebenfalls angedeutet.

Als erforderlich werden bestimmte kommunikative Kompetenzen des Arztes dargestellt, wie die einer situationsadäquaten Zurückhaltung, Vermeidung von Dominanz („Verhör“), einem zu hohem Gesprächsanteil des Arztes, der taktvollen und sensiblen Interpretation und Steuerung von Gesprächsverläufen, Techniken des „teilnehmenden Zuhörens“ wie der Rückversicherung durch Kopfnicken, der Präzisierung von Begriffen durch ermutigende und möglichst offene Zwischenfragen, die dem Patienten die Gelegenheit zu freier Rede, dem „spontanen Bericht“, geben sollen. Das auf diese Weise zu erreichende Ideal einer Arzt-Patient-

Kommunikation wird gegenüber unerwünschten Formen der „Pseudointeraktion“, „einseitiger Interaktion“ und „reaktiver Interaktion“ abgegrenzt. Weiterhin werden verschiedene Frage-techniken hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile (Offenheit vs. gezielte Informationsgenese verglichen) sowie ihrer Wirkung auf den Patienten erläutert. Betont wird weiterhin die Fähigkeit des „Zuhörens“ als eine durch Sensibilität und Empathie zu erreichende, über die Genese von Sachinformationen hinausgehende Wahrnehmung des Patienten und seines Problems.

Im Rahmen der Erläuterung der „psychologischen“ sowie der „sozioökonomische Anamnese“ und der „Familienanamnese“ (vgl. ebd., S. 57-60) werden ergänzende Schwerpunktthemen zur Abrundung des Anamnesegesprächs vorgestellt. Der hohen Bedeutung psychosomatischer Krankheiten Rechnung tragend, wird dem angehenden Arzt ein Kategorienschema zur Erfassung „psychischer Elementarfunktionen“ angeboten, mithilfe dessen die Anamnese auf „den ganzen Menschen“ zu richten sei. Weiterhin werden – vielfach als offene, gesprächsgenerierende Fragen - Hilfen zur Erörterung der Lebensumstände und der familiären Krankengeschichte vorgeschlagen.

Dem Phänomen des allgemeinen Eindrucks wird offenbar ein hoher Stellenwert eingeräumt, dem mit einem separaten Kapitel (Kapitel 6, S. 68-75) Rechnung getragen wird. Der Problemkontext des Eindrucks ist jedoch auf Sachebene am ehesten dem Handlungsbereich der Anamnese zuzuordnen und wird daher als Unterpunkt in diesem Kapitel behandelt. Einem eher objektivierenden Zugang entsprechend wird das Phänomen des „allgemeinen Eindrucks“ vorwiegend auf singuläre äußere Merkmale des Patienten beschränkt („Konstitutionstypen“, Über- bzw.- Untergewicht, Körperhaltung, Bewegungsablauf/ Motorik, Gang, Gesicht und Mimik sowie der Geruch des Patienten sowie die „Eigenarten des Sprechens“). Sichtbare oder auch durch den Geruchssinn wahrnehmbare Auffälligkeiten in den entsprechenden Bereichen werden auf dieser Grundlage kausal zugeordnet und als Hinweise auf eine zugrunde liegende Erkrankung erläutert (z. B. Blässe als Hinweis auf Anämie).

In diesem Sinne wird die ärztliche Wahrnehmung als vorwiegend kognitiv-rationaler Prozess behandelt, beschränkt sich die Erwähnung des Einsatzes von Sinnen auf die Erfassung von Einzelsymptomen, die als objektives Registrieren physiologischer Tatsachen verstanden wird. So stehen Sinne im Gesamtkonzept eines systematisch durchdrungenen Prozesses als vor den eigentlichen, kognitiv definierten Erkenntnisprozess vorgeschaltete Wahrnehmungsstufe. Sinne werden somit zur Erfassung der äußeren Symptomatik des Patienten instrumentell eingesetzt, die so erworbenen Informationen mittels formaltheoretischen Wissens verwertet. Hierbei fällt auf, dass bestimmte Symptomatiken ausschließlich über Normwerte zu identifizieren sind (BMI über 30= adipös) und so gezielt auf assoziierte Krankheiten hin untersucht werden

kann. Nicht zur Sprache gebracht wird im Lehrbuch, dass andere möglicherweise krankheitsinduzierte äußere Merkmale des Patienten sich kaum über eine Quantifizierung bestimmen lassen (Stärke des Händedrucks, Mimik des Patienten als Hinweis auf seine psychisch-seelische Verfasstheit), vielmehr obliegen sie der einführenden Interpretation und Kontextualisierung.

Eine Standardisierung der Anamnese (S. 17-19) durch Fragebögen wird als ergänzendes Hilfsmittel, nicht aber als Ersatz für die „unmittelbare Kommunikation“ zwischen Arzt und Patient vorgeschlagen. „Uneingeschränkte persönliche Betreuung“, „unmittelbares ärztliches Eingehen auf den Patienten“ sowie der Vorteil der Verwendung von „Patientenformulierungen“ gelten als Pluspunkte einer „freien Anamnese“, die im Vergleich zu standardisierenden Verfahren jedoch deutlich aufwändiger, personengebundener, weniger vergleichbar und im „Umfang durch Zeit und Erfahrung des Arztes begrenzt“ sei. Als Ideal wird in den meisten Fällen der „freie Bericht“ des Patienten betrachtet, der durch möglichst offene „Eröffnungsförmulierungen“ zu unterstützen sei. Insbesondere das Erlangen eines „Gesamteindrucks“ erscheint als durch standardisierende Anamnesetechniken kaum erreichbar.

2.1.2 Handlungsfeld körperliche Untersuchung

Eine Zentralstellung der körperlichen Untersuchung wurde in den vorangegangenen Kapiteln mehrfach impliziert („Ihre Diagnosen werden nur so gut sein, wie die Ergebnisse ihrer Patientenuntersuchung“, S. 1). Das Ziel der körperlichen Untersuchung wird als „Fahnden nach pathologischen Veränderungen“ definiert, wobei diesen- im Gegensatz zu den Patientenangaben - der Status objektiver Gegebenheiten („messbarer und objektivierbarer als Beschwerden, die der Patient vorträgt“, S. 63) zugestanden wird. Die genaue Dokumentation der gemessenen Befunde sowie insgesamt eine sehr gründliche und ordnungsgemäße Vorgehensweise stehen im Vordergrund des Lehrbuchtextes.

Die „Methodik der körperlichen Untersuchung“ wird grundsätzlich als „systematisches Vorgehen von ‚von Kopf bis Fuß‘ vorgestellt, das laut Lehrbuch fünf Einzeluntersuchungen enthält: (S, 64-67).

- Die „Inspektion“ als erste visuelle Begutachtung des Patienten
- die „Palpitation“ als den Tast-, Temperatur und Vibrationssinn benutzende, den Patienten berührende Untersuchung. Größe, Form, Struktur, Konsistenz, Temperatur, Beweglichkeit und Resonanz über Hohlräumen und Druckschmerz können so beurteilt

werden. Der richtige Einsatz von Händen und Fingern, differenziert nach zu verwendendem Sinn, wird kurz beschrieben.

- „Perkussion“ als „Beklopfen“ des Körpers mit anschließender Interpretation der Klopf- und Körpergeräusche
- „Auskultation“: heute durch das Stethoskop weitgehend übernommen, gelten die Gesetze aus der Zeit des Laennec’schen Hörrohrs weiter fort. Akustisch müssen Töne, Frequenzen und Schwingungen erkannt, interpretiert und zugeordnet werden
- Funktionsüberprüfung der einzelnen Organe

Der Patient hat im Rahmen der Beschreibungen den Status als „Untersuchungsobjekt“ inne, welches nach genauen Vorgaben und Reihenfolgen systematisch und planmäßig zu inspizieren ist.

2.1.3 Handlungsfeld Diagnostik

Im Kapitel Diagnostik (Kapitel 1, S. 1-6) stehen dem Bereich des expliziten, formalisierten Wissens zuzurechnenden Elemente und kaum näher erläuterte Phänomene wie die „ärztliche Intuition“ und die „empathische Eingebung“ nebeneinander. Insgesamt wird trotz dieser Inkonsistenzen der Diagnoseprozess unter expliziter Berufung auf die „wissenschaftliche Medizin“ entsprechend dem im Rahmen dieses Paradigmas gültigen Ideal ärztlichen Denkens und Handelns jedoch als vorwiegend kognitiven Leistung („Denkprozess“) vorgestellt. Die Abbildungen „Der Denkweg vom Symptom zur Diagnose“ und „Ärztliche Diagnostik“ weisen den diagnostischen Prozess als sowohl rein logisch-rationalen als auch strikt sequentiellen Vorgang aus. Ärztliches Vorgehen bei der Diagnose wird als kausal-linearer Prozess „vom Symptom zur Diagnose“ vermittelt, innerhalb dessen nicht-rationale Elemente zwar erwähnt werden, ihnen jedoch ausschließlich der Status präreflexiver Zustände zugewiesen wird, deren kognitiv-rationale Beherrschung anzustreben ist („wie man (...) ärztliche Intuition richtig einsetzt“). Die Systematik des Vorgangs nochmals unterstreichend, wird zwischen zwei unterschiedlichen heuristischen Strategien bei der Diagnosefindung unterschieden, die der Autor als „deduktive“ und „induktive“ Vorgehensweisen kennzeichnet. Bei der deduktiven Herangehensweise bezieht sich der handelnde Arzt auf Krankheitsbilder, die er im Gedächtnis gespeichert hat und die dementsprechend als personengebundenen, erfahrungsbasiertes, „subjektives“ Wissen einzustufen sind. Es bestehe hierbei die Gefahr, dass diese subjektiven Vorstellungen auf den Patienten „projiziert“ werden. Von einer solchen Vorgehensweise wird An-

fängern abgeraten, vielmehr wird diesen empfohlen, „mit gesicherten Methoden Schritt für Schritt die Beschwerden des Patienten zu erfassen und auf diesem sicheren Wege induktiv zu Schlussfolgerungen im Sinne einer Diagnose (zu) kommen“ und den in den Abbildungen zusammengefassten sequentiellen „Denkablauf“ bewusst zu vollziehen. „Manches schwierige diagnostische Problem, das über Alltagsroutine hinausgeht, werden Sie leichter und treffsicherer lösen, wenn Sie den geschilderten Denkablauf vom Symptom bis zur Diagnose bewusst und systematisch vollziehen“. „So wird auch „das System ärztlicher Untersuchung“ als programmförmiger „Untersuchungsablauf“ bezeichnet, als dessen wichtigste Voraussetzung, „dass Sie Wesentliches nicht übersehen“, „entschiedener Wille zur Vollständigkeit“ benannt wird.

Die einzelnen Schritte des diagnostischen Wegs werden den angehenden Ärzten, durch Pfeildiagramme unterstützt, als schematischer Ablauf nahe gebracht: „Leitsymptome“, die das diagnostische Denken führen (S. 30), und charakteristische Kombinationen von Krankheitszeichen sind zunächst zu identifizieren, um sie im Zuge der Diagnosestellung mittels kontrollierter Schlussfolgerungen zu ersten Vermutungsdiagnosen weiter zu entwickeln. Hierzu wird den Anfängern der Rückgriff auf formalisiertes theoretisches Lehrbuchwissen zwischen den einzelnen Stufen dieses Prozesses empfohlen. Zur Lösung der zentralen Handlungsanforderung des Arztes, „Symptome zu Diagnosen zu verarbeiten“, muss der Arzt in der Lage sein, „mehr oder weniger unscharfe Einzelinformationen“ kontrolliert zusammen zu tragen. Dem Prinzip eines strikt chronologisch angeordneten Verfahrens folgend, wird der offenkundig diffizile Schritt der Festlegung des Leitsymptoms als „Anfang des Ariadnefadens“ auf dem Denkweg zur Diagnose bezeichnet und innerhalb der „Ordnung auf dem Weg zur Diagnose“ an die erste Position gesetzt (S. 493).

Mehr implizit als explizit scheint Erfahrung als Voraussetzung auf, den standardisierten Ablauf variieren zu dürfen („Springen lernt man in der Regel erst nach dem Laufen lernen“, ebd., S. 6). An späterer Stelle wird Erfahrung als Ergebnis einer „Anreicherung von Krankheitsfällen im Gedächtnis“, dementsprechend als „nackter Empirismus“ (S. 492) eingestuft. Gleichzeitig wird auf das Manko der medizinischen Ausbildung verwiesen, diese Art des Wissens nicht vermitteln zu können.

2.1.4 Fazit

Für die vorliegende Arbeit von Relevanz ist die genaue Betrachtung, welche Fähigkeiten oder „Techniken“ im Lehrbuch als „Kern der ärztlichen Kunst“ betrachtet werden. Die „Ärztliche

Kunst“ wird explizit zitiert. Sie wird verstanden als „die Selektion des Wesentlichen und die effektive Verwendung der gewonnenen Informationen“ (ebd., S. 2). Insgesamt wird sie jedoch vorrangig als strikt sequentielles, logisch-deduktives und somit wissenschaftliches Vorgehen vermittelt.

Das Anamnesegespräch wird dem Anfänger als regelgeleiteter Ablauf nahegelegt, in welchem bestimmte Frageelemente (Dauer, Stärke, Art, Ort und Funktion des Schmerzes, sowie Alter, Vorerkrankungen, etc.) als wesentlicher Bestandteil eines jeden Anamnesegesprächs zu betrachten sind. Der Gewinn einer hierdurch zu erlangenden „Gesamtansicht“ soll ein „detailliertes und geordnetes Bild vom Patienten“ ergeben, welches „die Voraussetzung für systematische Überlegungen über die zugrunde liegende Krankheit“ (S. 60) bildet. Das „Scharfstellen“ der Patientenbeschwerden kann jedoch keineswegs als ausschließlich regelgeleitetes Handeln vermittelt werden, da die Fähigkeit zur Selektion relevanter Fragen sich als eigentliche Schwierigkeit zeigt. So scheint dieser Schritt als originär erfahrungsbasierte und von personengebundenem Wissen getragene Leistung auf. Offenbar gelingt es erst mit einiger Erfahrung, den „Anknüpfungspunkt“ zwischen allgemeinen Angaben (Alter, Beruf) und potentiellen Erkrankungen zu finden (S. 21). Ebenso können keine verallgemeinerbaren Strategien der Gesprächsführung aufgezeigt werden, die mit Sicherheit zur Identifikation des Leitsymptoms führen. Hierbei steht die auch qualitative Erfassung von Einzelinformationen im Vordergrund, zu der auch die Beachtung des Wortlauts des Patienten, bspw. von verwendeten Adjektiven, beitragen kann. Auch ist das „Heraushören“ oder „Erschließen“ der jeweiligen Schmerzintensität, wie unter „Schmerzpsychologie“ (vgl. ebd., S. 33) erläutert, als nicht-objektivierbare Einschätzungsleistung einzustufen. Für den Bereich der Anamnese spielen offenbar Fähigkeiten der Empathiefähigkeit, des „Zu- und „Raushörens“ eine wesentliche Rolle, um durch geschicktes Steuern des freien Gesprächs relevante Informationen zu generieren. Es ist davon auszugehen, dass das hierzu erforderliche Selektionsvermögen nicht allein durch die strikte Befolgung von Regeln zu erreichen ist.

Insbesondere der Diagnoseprozess wird zumindest zu Beginn in besonders hohem Maße als schematischer, an „objektiven Gegebenheiten“ orientierter Ablauf dargelegt. Als eigentliche Herausforderung bei der Diagnostik wird das „Sammeln und Scharfstellen“ der zuvor ordnungsgemäß generierten Informationen bezeichnet. Dieser Vorgang stellt jedoch offenbar Anforderungen, die sich nicht als regelgeleitetes Handeln darstellen lassen. Als solche sind die Einschätzung des Stellenwerts der einzelnen Symptome bzw. der diagnostischen Bedeutung von Symptomkonstellation innerhalb eines zumeist „unsortierten Symptomhaufens“ und deren Zuordnung zu bekannten Krankheitsbildern, die Festlegung eines Leitsymptoms wie

auch das finale „Abwägen“ und „Einschätzen“ zu nennen. Allein die Anforderung des Erkennens von „Symptommustern“ erscheint nur wenig schematisierbar: Charakteristische Muster von Krankheitsbildern, die nicht als „Symptomsummen“, sondern als zeitlich und kausal aufeinander bezogene Gesamtbilder auftreten, müssen durch „Mustervergleich“ (S. 4-6) in ihrer Bedeutung entschlüsselt werden. Die Fähigkeit zur Mustererkennung als Grundlage der Diagnosestellung („Diagnostizieren heißt Muster erkennen“) ist jedoch ausschließlich dem geübten „ärztlichen Blick“ zuzuordnen, eine Formalisierung dieser Erkenntnisleistung erscheint kaum möglich. Auch im Lehrbuch scheinen die Grenzen dieses Prozesses als kognitiv-rationaler Vorgang, zu dessen Veranschaulichung das Bild des Mosaiks herangezogen wird („Ein Steinchen in einem Mosaik erhält erst seine Bedeutung, wenn man es im Rahmen der umgebenden Steine sieht.“, ebd., S. 50), auf. Den Anfängern wird das Hinzuziehen einer „Systemübersicht“, einer tabellarischen Zusammenfassung charakteristischer Symptome zu bestimmten Krankheiten und somit der Rückgriff auf formalisiertes Wissen empfohlen, das als Grundlage der weiter eingrenzenden anamnestischen Befragung dienen kann. Auf die Erfordernis der (zu erwerbenden) Selektionsfähigkeit wird zugleich verwiesen: „Es ist wenig sinnvoll, die gesamte Systemübersicht abzufragen!“ (S. 50-51).

Auf die Tatsache, dass an vielen Stellen das Terrain objektiver Tatsachen verlassen wird, weist das Lehrbuch an zwei Stellen hin, so z. B.: „Berücksichtigen Sie dabei, dass die Entscheidung, was ein Leitsymptom und was ein Begleitsymptom ist, nicht auf objektiven Gegebenheiten beruht, sondern abhängig ist, von persönlichen Erfahrungen und der Entscheidung des Untersuchers, was er für vorrangig hält.“ (S. 2). „Entscheidung“ und „Wahl“ des Arztes wie auch die abschließende „abwägende Bewertung der gewonnenen anamnestischen Daten“ (S. 61) fügen sich nur schwer in das Bild eines rein regelgeleiteten, systematischen Handelns, sondern verweisen auf die Relevanz nicht-objektivierbaren, personengebundenen (und oft sicher gefühlsgeliteten) Expertenwissens. Insgesamt schwingt der herausragende Stellenwert von Erfahrung zwar implizit mit, bleibt jedoch wenig beleuchtet. Lediglich im Kontext mit Intuition dient Erfahrung als Legitimation nicht-schematischen Handelns. Auch die Bedeutung von Erfahrung für die Handlungsanforderungen der Identifikation eines Leitsymptoms wie auch der abschließenden Einschätzung wird kaum explizit gemacht.

Dennoch wird vom Grundtenor ein regelgeleitetes Handeln befürwortet („Mit wenigen Begriffen lässt sich eine objektive Gewichtung der diagnostischen Aussagekraft von Symptomen darstellen.“) sowie die wissenschaftsbasierte Standardisierung der Diagnostik und durch die Nutzung statistischer Häufigkeitswerte („Prävalenzen“) und somit ein schematisches, an formalisiertem Wissen orientiertes Vorgehen vor allem im Handlungsbereich der Diagnostik als Königsweg präsentiert.

Auch die wenigen Einlassungen zur „ärztlichen Kunst“ lesen sich mehr als akribische Beschreibungen wissenschaftlichen Schlussfolgerns und regelgeleiteten Handelns, denn als ausgereiftes Stadium einer ein breites Spektrum von Begabungen, Fähigkeiten und Kompetenzen erfordernden, den Erkenntnisgegenstand Patient zentral stellenden Erfahrungswissenschaft. „Lege artis“ - der nach allen „Regeln der Kunst“ agierende Arzt handelt, so vermittelt es das Lehrbuch vorwiegend, vor allem „regelgeleitet“: Es werden „Symptomnetze („das methodische Werkzeug zur Einengung diagnostischer Vieldeutigkeit“) als diagnostische Strategie“ geknüpft, formalisiertes theoretisches Wissen und in Frage kommende Krankheitsbilder systematisch ausgeschlossen, so dass durch den „konsequenten Vergleich“ eine „wissenschaftlich begründbare“ „Arbeitsdiagnose“ erstellt werden kann. Schließlich werden die Erläuterungen zur Diagnostik mit folgendem Satz geschlossen: „Im Zeitalter rationaler Vorliebe für Zahlen ist in jedem Fall dem Patienten mit verbindlich definierten Symptomen, Messwerten und Logik mehr gedient als mit vager intuitiver Mystik.“ (S. 502).

In diese Betrachtungsweise fügt sich, dass das Phänomen der Intuition wird vor allem als „Gefahr“ thematisiert wird (S. 4-5). Als starre Voreingenommenheit (miß)verstanden, wird davor gewarnt, „zusätzliche Befunde zu ignorieren“, Symptome zu verdrängen oder „sich mit intuitiven Anhiabsdiagnosen im Sinne falsch verstandener Probabilistik zu begnügen“. Relativiert wird diese Abwertung intuitiver Erkenntnis durch den Einbezug von Erfahrung als offenbar moderierender Größe: „Ärztliche Intuition heißt, Krankheiten zwar aufgrund eigener Erfahrung, aber unter Überspringen ‚beweisender‘ analytischer Denkprozesse diagnostizieren“. „Vieljährige praktische Erfahrung“ als Voraussetzung intuitiven Handelns wird zugleich einschränkend als „wesentlicher Nachteil intuitiver Diagnostik“ - hinsichtlich ihrer Personen gebundenheit und mangelnder Transferfähigkeit - bezeichnet. Der „unterbewusste(n) Zusammenschau zwischen analytisch gewonnenen Symptomen des Patienten und einem bekannten Krankheitsbild“ wird durchaus der „Charakter von Erleuchtungen“ attestiert, die von „hohen Gefühlen der Selbstbestätigung begleitet“ seien. Letztlich wird Intuition jedoch aufgrund der ihr immanenten hohen Irrtumswahrscheinlichkeit erneut in die Nähe fahrlässigen und gefährlichen Handelns gerückt, der Berufsanfänger zugleich vor „Quacksalberei“ gewarnt: „Intuitives Diagnostizieren wird gefährlich, wenn das Genialische die systematische Untersuchung und das differentialdiagnostische Abwägen verdrängt, wenn sich der Arzt mit Vermutungen begnügt und nicht mehr sine ira et studio seine Hypothesen prüft, sondern primär nach Bestätigungen vorgefasster Meinungen sucht.“ Erneut von „intuitiver Diagnostik“ abratend, wird den medizinischen Anfängern die „systematische Patientenuntersuchungen nach festgelegten Methoden“ als rein auf kognitiv- rationalen Vorgängen basierende Problemlösungsstrategie gegenüber dem „Stammtisch“ zugerechneten „Anhiabsdiagnosen“ empfohlen. Die der „wis-

senschaftliche(n) Medizin“ einzig entsprechende Methode wird hierbei gegenüber der „weder erstrebenswert(en) noch während des Studiums erlernbar(en) sog. intuitiven Diagnostik“ abgegrenzt. Wissenschaftlicher Anspruch und Systematik sowie eine daran angelehnte Vorgehensweise werden durch den Vergleich des Diagnoseprozesses mit empirischer Forschung und der Popperschen Wissenschaftstheorie betont: Denkprozess, Schlussfolgerungen und Falsifikation von Hypothesen bilden die Schlüsselbegriffe der symptomatischen Differentialdiagnostik.

2.2 Kognitionspsychologische Erforschung ärztlicher Expertise

Darzustellen sind im Folgenden die Meilensteine der kognitionspsychologischen Expertiseforschung im Bereich der ärztlichen Expertise. Bei der Sichtung der Literatur zum Thema fällt auf, dass sich die medizinische Expertiseforschung in erster Linie auf den Bereich der Diagnose konzentriert. Ärztliches Expertentum, so die Schlussfolgerung, wird durch die Psychologie demnach als Lösung eines diagnostischen Problems definiert. Diese sehr enge Definition schließt relevante Bereiche der ärztlichen Praxis aus, wie z. B. den Umgang mit Technik, die körperliche Untersuchung wie auch den gesamten Bereich der Interaktion mit dem Patienten und zeigt bereits die durch ihren Zuschnitt verengte Perspektive der Kognitionsforschung auf den Gegenstandsbereich auf. Nichtsdestoweniger kann durch die Befunde der Kognitionspsychologie eine wesentliche Erweiterung des rationalen Arbeitsbegriffs vorangetrieben werden.

Vertieft werden soll im Folgenden die Entwicklung psychologischer Erklärungsmodelle für Expertise im Bereich der Medizin. Zunächst werden Befunde der Kognitionsforschung dargestellt, deren Erkenntnisgewinn für die vorliegende Arbeit vor allem darin liegt, geistige Prozesse des ärztlichen Experten jenseits von kausallogischem „Reasoning“ sichtbar zu machen. Zu Beginn der 1990er Jahre wurde der Untersuchung professioneller Handlungsfelder verstärkte Aufmerksamkeit zuteil. Verdeutlicht werden konnte auf Basis von Feldforschung die eminente Rolle impliziten Wissens für das Feld der medizinischen Expertise, die Thema eines zweiten Unterkapitels ist.

Abschließend sind das „Scheitern des Diagnosecomputers“ und seine Ursachen zu betrachten.

2.2.1 Medizinische Expertise: Mehr als Anwendung formalen Wissens und „Reasoning“

Den Grundstein medizinischer Expertiseforschung bildet die noch eng an die Grundannahmen der Informationsverarbeitungstheorie der späten sechziger Jahre (siehe dazu B 3.1.) angelehnte Untersuchung „Medical Problem Solving- An Analysis of Clinical Reasoning“ von Elstein/ Shulman & Sprafka 1978. Der ärztliche Erkenntnisprozess wurde hier noch als Ablauf routinisierte Programme zur Problemlösung erklärt. Dennoch ist auf diese Pionierforschung der in späteren Studien ausdifferenzierte Befund zurückzuführen, dass ein wesentlicher Bau-

stein zur ärztlichen Expertise in der besonderen Struktur von Wissen und nicht nur in einer quantitativen Überlegenheit zu sehen ist.

Die Erforschung medizinischer Expertise war lange Zeit, wie die kognitionspsychologische Expertiseforschung generell, auf Merkmale der Wissensorganisation und des Problemlöseverhaltens von Experten fokussiert¹²⁵. Einige repräsentative Arbeiten sollen im Folgenden einen Eindruck über Erkenntnisinteresse und Befunde dieser Ära der ärztlichen Expertiseforschung geben. So ist als eine die Wissensrepräsentation des ärztlichen Experten in den Vordergrund stellende Arbeit die Entdeckung von „bereichsspezifischen E-MOPS“ (Episodic Memory Organization Packages) zu nennen. Hierbei handelt es sich um flexible Repräsentationsformen von Wissen für den Bereich der Medizin, in denen episodisches und generalisiertes Wissen über Krankheiten und Symptome enthalten ist. Neue Problemstellungen (so z. B. ein neuer Patient) werden zunächst als Abweichungen vom Generellen und Bekannten, also zuvor gesehenen Patienten, behandelt (vgl. Kolodner 1983).

Das Phänomen der „Vorwärtsverkettung“ als „reasoning from clinical data to diagnosis“ (Patel et. al. 1999, S. 82) zeigt Besonderheiten des ärztlichen Denkprozesses auf der Ebene des Vorgehens auf. Smith/ Ericsson 1991 belegen die besondere Fähigkeit des Experten, auf der Basis verfügbarer Daten ohne weitere Zwischenschritte der Problemzerlegung eine direkt auf die Lösung des Problems gerichtete Suchstrategie („goal-based- heuristic search“) zu initiieren. Im Rahmen des als „Forward Reasoning“ bezeichneten kognitiven Prozesses genügten dem ärztlichen Experten dabei nur unvollständig präsentierte Patientendaten- und Befunde sowie das äußere Erscheinungsbild des Patienten und dessen geäußerte Beschwerden zum Stellen der korrekten Diagnose, während der Novize „bei vergleichbaren Informationen eine Reihe von Diagnose- Hypothesen aufstellen (würde), die alternativ getestet werden müssen“ (Zumbach/ Haider/ Mandl 2007).

Eine Ursache der grundsätzlichen Überlegenheit des Experten wird auch mit dessen Fähigkeit zur Mustererkennung („pattern recognition“) benannt, die es ihm erlaube, aufgrund seiner Vorerwartung bestimmte, aktuell nicht verfügbare Informationen zu ergänzen. Der erfahrene Arzt könne auf diese Weise korrekte Diagnosen trotz fehlender Informationen stellen (vgl. Patel et. al. 1999, S. 84). Der Bereich der Wahrnehmung wird von Studien wie Brooks et. al 1991 (siehe dazu Patel et. al. 1999, S. 79, 85) stärker akzentuiert, die bestimmte Fachgebiete

¹²⁵ “Research on medicine has been highly influenced by the cognitive, or information processing, approach. A goal of this approach has been to characterize expert performance in terms of the cognitive structures and processes used in problem solving and decision making, using carefully developed laboratory tasks.” (Patel et. al. 1999, S. 80-81)

wie die Dermatologie und die Radiologie als „perceptual domains“ untersuchen. Die hier tätigen Experten übten in geringerem Ausmaß analytische Problemlöseverfahren aus, da ihre spezielle Kompetenz in der Befähigung zur Mustererkennung bestehe.

Die Fähigkeit des erfahrenen Arztes, aus nur wenigen Befunden eine finale Diagnose zu bilden) ist auch Gegenstand einer vertiefenden experimentellen Untersuchungsreihe von Patel et. al. 1990 (vgl. Patel et. al. 1999, S. 83). Empirisch bestätigt werden konnte hierdurch die Annahme, dass im Rahmen einer „expertisebasierten Problemlösestrategie“ (Zumbach/ Haider/ Mandl 2007, S. 5) die Anzahl gesehener ähnlicher Fälle eine Schlüsselrolle einnimmt. Mit der Methode lauten Denkens konnte aufgezeigt werden, dass insbesondere in den wenig komplexen Fällen von den erfahrenen Ärzten kaum kausallogische Prozesse genutzt werden, um ans Ziel zu kommen (vgl. Patel et. al. 1999, S.82-83). In Routinefällen zeichne sich der Experte durch „immediate nonanalytic response“ aus, wobei er sich in charakteristischer Weise auf eine Problemstellung als Ganzes im Sinne einer holistischen Wahrnehmung beziehe, während sich niedrigere Expertisegrade mit Einzelaspekten der Problemstellung beschäftigten (vgl. ebd., S. 79). Neulinge hingegen machen auf jeder Komplexitätsstufe von kausalen und kategorialen Inferenzen (Schlussfolgerungen) Gebrauch (vgl. Zumbach/ Haider/ Mandl 2007, S. 6). Wie später von Patel/ Ramoni 1997 festgestellt, ist ein solches Problemlöseverhalten beim Experten nur in neuen oder untypischen Fällen zu verzeichnen (vgl. ebd., S. 5-6)¹²⁶.

Der Vergleich von klinischen Ärzten und Forschern als beide gleichermaßen Experten eines Fachgebiets untermauert die Bedeutung praktischen Erfahrungswissens als maßgeblichem Faktor für die gewählte Problemlösestrategie und – wohl noch interessanter- letztlich auch für die Erfolgswahrscheinlichkeit. So erwies sich der Praktiker („practitioner“), im Unterschied zu seinem theoretisch arbeitenden Kollegen häufig mit dem Lösen unvollständiger Probleme konfrontiert, hinsichtlich der Anforderung der klinischen Diagnosestellung als dem kausallogisch vorgehenden Kollegen deutlich überlegen. Kognitionspsychologisch als Verfügung über kompilierte Wissensseinheiten erklärt, die eine direktere Verkettung von Schlussfolgerungen ermöglicht, verorten Patel et. al. diese Kenntnisse als implizites Wissen, welches nicht mehr als formales Wissen artikulierbar sei (vgl. Patel et. al. 1999, S. 84-85).

Auf Basis zahlreicher Experimente kristallisiert sich in den 1990er Jahren der Konsens einer qualitativen Veränderung ärztlichen Wissens mit zunehmender Expertise heraus. So systema-

¹²⁶ Diese Befunde erscheinen jedoch keineswegs unumstritten. So verweisen Patel/ Groen auf eine frühere Studie von Elstein/ Shulman/ Sprafka 1978, die keine Hinweise auf forward reasoning bei der klinischen Diagnosefindung feststellen (vgl. Patel/ Groen 1991, S. 94), während Patel/Groen 1986 und Patel et. al. 1990 empirische Belege dafür anführen (vgl. Patel/ Groen 1991, S. 100).

tisieren z. B. Groen/ Patel 1991 ihre These von auf verschiedenen Expertisestufen existierenden charakteristischen Wissensarten und Wissensrepräsentationen im Rahmen eines vierstufigen Expertisemodells (Anfänger, Intermediate, generischer Experte und Experte).

Deutlich wird erneut die Entfernung von kausallogischen Denkprozessen mit wachsender Expertise, die sich in der Differenzierung zwischen generischer und spezifischer Expertise als aufeinander folgende Stufen niederschlägt. „Generische Expertise“ bezeichnet bei ihnen den Erwerb bzw. Aufbau deklarativer Wissensrepräsentationen, während „spezifische Expertise“ durch herausragende Handlungskompetenz gekennzeichnet sei (vgl. Gruber/ Mandl 1996, S. 26; siehe auch Patel et. al. 1999, S. 80-82; Patel/ Groen 1991, S. 96). Im Bereich der Medizin bestehe generische Expertise in einer breiten allgemeinmedizinischen Wissensbasis, wohingegen sich spezifische Expertise durch detaillierte Erfahrung in einer Subdomäne auszeichne (vgl. Patel et. al. 1999, S. 80). Mit den unterschiedlichen Expertiseformen korrespondieren, wie von den Autoren empirisch belegt, verschiedene Problemlösestrategien, wobei die Zielgenauigkeit der Diagnose bei Inhabern spezifischer Expertise, also domänenspezifischer Erfahrung, deutlich ansteige.

In eine ähnliche Richtung geht die ungleich prominentere, als „Theorie der Wissensenkapsulation“ bekannt gewordene Arbeit von Schmidt/ Boshuizen 1992. Ihre Ambition war es, einen über Prozesse der Wissensorganisation (Chunking¹²⁷, Kompilation) hinausgehenden konzeptionellen Entwurf zur angemesseneren Erfassung der Komplexität ärztlicher Expertise zu entwickeln, der eine Vielzahl der oben referierten, bis dato disparaten Befunde zu integrieren vermag. Im Anschluss an Experimente mit Ärzten unterschiedlichen Expertisegrads formulieren die Autoren ihren „Radical Restructuring View of Expertise“ mit der Grundidee einer qualitativen Veränderung von Expertenwissen, in Abgrenzung zur konventionellen „Weak Restructuring“-These, die Expertiseentwicklung lediglich als Zunahme expliziten Wissens betrachtet (z. B. Chi et. al. 1981; Lesgold et. al. 1988; vgl. Schmidt/ Boshuizen 1993, S. 207). Auch nach Schmidt/ Boshuizen vollzieht sich Expertiseentwicklung als chronologische Aneignung verschiedenartiger Wissensformen. Die erste Stufe des Expertiseerwerbs bestehe in der Akkumulation kausalen Wissens über Krankheitsbilder- und Zusammenhänge (Studenten, Berufsanfänger). Im Rahmen praktischer Erfahrung werde dieses Wissen schließlich durch die Konfrontation mit konkreten Patientenproblemen

¹²⁷ Zum Konzept des „Chunking“ siehe B 3.1.2.

„enkapsuliert“¹²⁸. Als Ergebnis dessen entstehen narrative Strukturen, die von den Autoren als „Illness Scripts“ bezeichnet werden. Als dritte Stufe, der Stufe ausgereiften Expertenwissens, stünden dem erfahrenen Arzt zusätzlich episodische Erinnerungen an Einzelfälle zur Verfügung. Auch Schmidt/ Boshuizen stellen die ärztliche Expertiseentwicklung folglich als Abwendung von „Reasoning“-Prozessen dar, die bei ihnen als Integration medizinischen Wissens in größere und generalisierte klinische Konzepte vorgestellt wird (vgl. Schmidt/ Boshuizen 1993, S. 205-208).

Den Ausgangspunkt bildet der mithilfe der Methode lauten Denkens generierte Befund, dass ärztliche Experten bei der Diagnosestellung andersartige kognitive Aktivitäten zeigen als weniger erfahrene Ärzte. Schon Schmidt 1988 verweist auf den grundlegenden Unterschied des von Studenten und Experten angewendeten Wissens:

„Students and experts apply functionally different knowledge. Experts only pick out information that is relevant to the solution without much pathophysiological reasoning, because they possess readymade cognitive structures against which relevant information is matched.“ (Schmidt/ Boshuizen 1993, S. 210)

Beobachtet werden konnte, dass Experten lösungsrelevantes Wissen direkt abrufen können, Studenten hingegen eine formallogische kognitive Aktivität vorschalten müssen, um zum Ziel zu gelangen. „Reasoning“ im Sinne von „elaborate biomedical processing“ konnte beim Experten nur beobachtet werden, falls keine Wissensressourcen in enkapsulierter Form vorlagen (vgl. Schmidt/ Rikers/ Boshuizen 2002, S. 27). Auch ordnen sie dieses Wissen dem Bereich des tacit knowledge zu (vgl. ebd., S. 213).

Zur argumentativen Unterstützung ihrer Konzeption führen Schmidt/ Boshuizen weitere aussagekräftige Befunde und Schlussfolgerungen aus früherer Forschung an. Die Feststellung von Boshuizen et. al. 1987, dass Experten in ihren Fallschilderungen in deutlich geringerem Ausmaß auf pathophysiologische Konzepte zurückgreifen, wird von ihnen als weiterer Beleg für die Idee der Wissensenkapsulation gewertet (vgl. Schmidt/ Boshuizen 1993, S. 211). Die These einer expertisebasierten Selektion von Informationen stützen auch die Befunde der als „Intermediate Effect Studies“ (Boshuizen 1989) bezeichneten Experimente, die dem Experten eine niedrige Recall-Leistung von Einzelfakten eines präsentierten Falls bescheinigen als dem Intermediate¹²⁹. Klinisches Kontextwissen, also lösungsrelevantes Wissen, wurde jedoch, wie

¹²⁸ Schmidt/ Boshuizen 1993 merken an, dass es sich bei der Enkapsulierung um einen Prozess analog zur „Kompilierung“ nach Anderson 1983 bzw. dem Chunking handelt.

¹²⁹ „Therefore, rather than a monotonically increasing function of recall with increasing expertise, an inverted u-shaped relation was found.“ (Boshuizen/ Rikers/ Schmidt 2002, S. 28)

in einem anderen Experiment gezeigt (Hobus/ Schmidt/ Boshuizen und Patel 1987), deutlich besser vom Experten reproduziert, was die These bestätigt, dass dieser unnötige Informationen auszufiltern in der Lage ist (vgl. Schmidt/ Boshuizen 1993, S. 209). Ebenso zeigte sich der erfahrene Arzt als weniger störrisch, wenn Patienteninformationen durch experimentelle Manipulation bedingt in ungewohnter Form oder Reihenfolge präsentiert wurden.

Als in diesem Zusammenhang interessante Studie erscheint auch Kaufman/ Patel 1988, die im Rahmen einer experimentellen, an die reale Arzt-Patient-Begegnung angelehnten Interaktionssituation die Art der Informationssuche sowie die Verwendung der erlangten Informationen auf drei verschiedenen Expertiselevels vergleichen. Die Überlegenheit des Experten begann bereits mit einer korrekten Anfangshypothese (erstmalig gezeigt von Elstein et. al. 1978). (vgl. Schmidt/ Boshuizen 1993, S. 214-215), auf Grundlage derer Zusatzinformationen selektiv genutzt und richtig eingeordnet wurden, gezieltere Fragen so an den Patienten gestellt werden konnten¹³⁰. Auch verwendeten die Experten offenbar - im Gegensatz zu den Novizen - kein „wissenschaftliches“ Wissen (vgl. Patel/ Groen 1991, S. 105-107).

Nach Schmidt/ Boshuizen/ Custers 1998 und ihrem im Rahmen weiterer Experimente zur „Illness Script Theory“ ausgearbeiteten Erklärungsansatz können diese Leistungen mit dem Vorhandensein von „Illness Scripts“ erklärt werden. Der Illness Script Theory“ zufolge eruiert der Experte die für ihn relevanten Kontextinformationen über den Patienten („enabling conditions“), wie z. B. eventuelle Vorerkrankungen und Lebensweise des Patienten, zu einem sehr frühen Zeitpunkt und baut seine Hypothesen auf diesen Informationen auf. Diese offenbar für jede dem Arzt persönlich bekannte Krankheit existierenden Skripte strukturieren sowohl spezifische Erwartungen über Zusammenhänge von Symptomen und Ursachen sowie über Krankheitsverläufe („script instantiation“, Schmidt/ Boshuizen/ Custer 1998, S. 371), gleichzeitig aktivieren sie lösungsrelevantes Kontextwissen, z. B. Entstehungsgeschichten von Krankheiten (vgl. van Schaik et. al. 2005, S. 188). Auf diese Weise ermöglichen sie es dem Experten, fehlende Informationsbausteine mitzudenken. Trotz nachgewiesenem Vorhandensein von biomedizinischem Theoriewissen ist hierzu der weniger erfahrene Arzt nicht in der Lage (vgl. Schmidt/ Boshuizen/ Custer 1998, S. 371). Entscheidend ist hierbei wohl vor allem, dass der erfahrene Arzt hierbei mit einer Art von Informationen arbeitet, deren für die Lösung zentrale Bedeutung sich offenbar für den unerfahrenen Arzt noch nicht erschließt.

¹³⁰ vgl. Boshuizen/ Custers/ Schmidt 1998, S. 368: „Experts have what might be called a head start as far as diagnostic accuracy is concerned.“

Insbesondere der Erwerb von klinischem Kontextwissen markiert folglich den Übergang von Intermediate zum Experten (vgl. ebd., S. 392). Voraussetzung zum Erreichen dieses Status ist vor allem umfangreiche praktische Erfahrung:

„It is important to note that it takes thousands of hours of deliberate practice (Ericsson et. al. 1993) and encounters with large numbers of patients before a physician's knowledge base can be characterized as encapsulated. As in many other domains, the highest level of expert performance is displayed by physicians with more than ten years of experience“ (Schmidt/ Boshuizen 2002, S. 29)

Als interessanter Befund ist abschließend die offenbar bedeutsame, im Rahmen des Konzepts von Schmidt/ Boshuizen sicherlich nur unzureichend erklärbare Rolle von Bildern im Kanon relevanter Informationen zu betrachten. Im Rahmen eines Experiments zur Diagnosesicherheit mit und ohne zusätzlicher Präsentation eines Patientenfotos, folgern Hobus/ Hofstra/ Boshuizen/ Schmidt 1988 aus ihren Befunden lediglich die „overriding importance of enabling conditions“ (Boshuizen/ Schmidt 1993, S. 215) für den Experten. Dass Bilder für den Experten jedoch eine besondere Relevanz besitzen, kann als Hinweis auf die Bedeutung visueller Wahrnehmung im Sinne assoziativer Denkprozesse als Zugang zur Diagnose verstanden werden.

Zusammenfassend sind im Folgenden die Ergebnisse verschiedener ähnlich angelegter Versuchsreihen, die meist den Vergleich zwischen Experten und Novizen, Klinikern und Forschern oder auch zwischen Experten unterschiedlicher Fachgebiete untersuchen. Diese sprengen letztlich das enge Paradigma der rein auf kognitive Prozesse abstellenden Expertiseforschung:

- (1) Experten haben spezifische Erwartungen bzgl. der Symptome eines medizinischen Problems, die es ihnen ermöglichen, bestimmte zusätzliche Informationen aus dem klinischen Text zu entschlüsseln.
- (2) Expertise zeichnet sich durch das Decodieren relevanter Informationen aus.
- (3) Voraussetzung hierzu ist ein überlegenes Muster an Wiedererkennungsfähigkeit („superior pattern of recognition capabilities“), die auf Tacit Knowledge, entwickelt durch die Begegnung mit vielen ähnlichen Fällen, zurückzuführen sind.
- (4) Die Art der Nutzung biomedizinischen Wissens ändert sich mit zunehmender praktischer Erfahrung im Sinne einer Entfernung von kausalem und datengeleitetem, an biomedizinischen Zusammenhängen orientiertem Denken hin zur Nutzung klinisch relevanter Informationen.

(5) Ins Zentrum rückt so die Bedeutung praktischer Erfahrung.

(vgl. Patel et al. 1999, S. 84).

Dieser Ära der medizinischen Expertiseforschung ist vor allem der für die Folgeforschung wegweisende Befund zu verdanken, domänenspezifisches praktisches Wissen und somit nicht das Vorhandensein von explizitem, wissenschaftlichen Wissen im jeweiligen Fachgebiet als ausschlaggebend für das Stellen der richtigen Diagnose zu betrachten. Auch konnte hiermit die informationsverarbeitungstheoretisch inspirierte Annahme von allgemeinen Problemlösestrategien bei der Diagnostik endgültig widerlegt werden.

2.2.2 Implizites Wissen als zentrales Element ärztlicher Expertise: Der ärztliche Experte als „good practitioner“

Deutlich wurde als Erkenntnis der hier systematisierten Ära der kognitionspsychologischen Erforschung medizinischer Expertise vor allem, dass ärztliches Expertentum offenbar in weit mehr besteht als in einem quantitativ überlegenen Umfang an formalisierbarem biomedizinischem Wissen. Nicht nur werden Grenzen expliziten Wissens offenkundig, auch stößt die experimentelle Laborforschung bei der Herausforderung, das Implizite explizit zu machen, trotz spezieller Methoden wie der des „lauten Denkens“ an systematische Grenzen. Die in den vorgestellten Konzeptionen als „kompiliertes Wissen“ oder Integration medizinischen Wissens in größere und generalisierte klinische Konzepte im Sinne von „Illness Scripts“ erklärten und als implizites Wissen enthüllten Wissensbestände sind bis zu ihrer näheren Bestimmung daher als eine erste Annäherung an eine präzisere und umfassendere Integration impliziten Wissens in die Konzeption ärztlicher Expertise zu betrachten.

Wie in B 3.1.3. zu erläutern sein wird, eröffnete jedoch erst die wissenschaftliche Untersuchung von professionellen Praxisfeldern der Expertiseforschung die Gelegenheit, aufbauend auf den Erkenntnissen der Laborforschung Funktion und Wesen impliziten Wissens als eingebunden in das praktische Handeln in den analytischen Blick zu nehmen. Entsprechende Limitationen sind der experimentellen Laborforschung immanent, das „Verhalten des Arztes am Krankenbett“ besser zu verstehen:

„Although findings from the bench concerning the nature of expertise yield valuable insights into proficient and competent performance, they fall short of accounting for the behavior of experts at the bedside“ (ebd., S. 77).

Der einhellige empirische Befund, dass sich ärztliche Expertise als Entfernung von biomedizinisch-theoretischen Denkstrukturen zeigt, gab für die neuere Expertiseforschung Anlass zur Neubestimmung des Verhältnisses von explizitem und implizitem Wissen. Tacit knowledge, vielfach zuvor als Gefahr, zumindest aber unsolide Wissensquelle verstanden¹³¹, erweist sich jedoch vor allem in Feldern praktischen Handelns wie der klinischen Praxis als wahres Signum des Könners seines Fachs.

Das Verständnis des Zusammenspiels von explizitem und implizitem Wissen hat sich als zentrales Thema der zeitgenössischen medizinischen Expertiseforschung herauskristallisiert, zumal der Bereich des formalisierten Wissens im Zeichen wissenschaftlicher Neuerkenntnisse zusätzlich durch seine Dynamik gekennzeichnet ist. Eine differenzierte Sicht auf das angesprochene Problemfeld entfalten erneut Patel et. al. 1999, die explizites und implizites Wissen nicht als konträre oder gar konkurrierende Wissensgattungen behandeln, sondern eine Interdependenz der beiden Wissensformen feststellen. Hierbei sehen sie die beiden Wissensformen trotz ihrer unterschiedlichen Funktionsweisen als im praktischen Handeln als aufs Engste miteinander verzahnt an. Nicht nur wird eine wachsende Bedeutung impliziten Wissen im Rahmen der praktischen Anwendung theoretischen Wissens postuliert¹³², sondern sei die Anwendung impliziten Wissens ihrerseits von einer soliden biomedizinischen Wissensbasis abhängig. Dieses erworbene theoretische Wissen („textbook knowledge“) jedoch werde seinerseits durch die Praxis „geformt“ („practice, in turn, shapes knowledge“, (vgl. ebd., S. 76).

Auch Cimino 1999, der als Forscher und zugleich Arzt die Perspektive eines „practitioners“ einbringt, betont die Notwendigkeit expliziten Wissens als Basis von Expertenhandeln („A strong foundation of explicit medical knowledge is essential for medical practitioners to act in an expert fashion“)¹³³. Dennoch enthalten Ciminis Ausführungen zahlreiche Hinweise auf Kernelemente ärztlicher Expertise, die sich nicht im Rahmen formalisierbaren Wissens fassen lassen („top scores don’t make experts“).

Ein zentrales Argument für die hohe Relevanz impliziten Wissens sieht Cimino darin, dass erfahrene Ärzte ihre Entscheidungen oftmals nicht - zumindest nicht mit dem Verweis auf rationale Entscheidungsprozesse- begründen können. Auch die oftmals angeführten Heurist-

¹³¹ So bei Sternberg (1999), der die ambivalente Betrachtung von tacit knowledge in seinen einleitenden Überlegungen auf den Punkt bringt (siehe B 3.1.3.).

¹³² „As explicit medical ‚textbook knowledge‘ becomes reified in the practice of medicine, the tacit dimension becomes increasingly important“ (ebd.).

¹³³ Dieser Ansicht schließt sich auch Horvath an (1999, Preface xii): „tacit and explicit knowledge are separate in their underlying mechanisms, but the utilization of tacit knowledge depends critically on „well-formed biomedical knowledge structures“

iken geben in dieser Hinsicht nur wenig Aufschluss, da ihr eigentlicher Gehalt zumeist im Dunkeln liege:

„We have very little understanding what these heuristics are, let alone how and when they should be applied“ (Cimino 1999, S. 104)

Er plädiert daher im Sinne einer Näherbestimmung über das Kriterium der Performanz dafür, den ärztlichen Experten als „good practitioner“ im Sinne einer „competence in the *practice* of medicine“ (ebd., S. 101-102) zu konzipieren. Als einer Formalisierung ärztlichen Wissens das Wort redend erscheint zunächst der Verweis auf die Möglichkeit zur direkten Anwendung expliziten Wissens im Rahmen von „evidence-based reasoning“. Jedoch relativiert Cimino die Bedeutung von Kriterien der evidenzbasierten Medizin als Entscheidungsgrundlage mit dem Verweis auf den persönlichen Erfahrungshintergrund des Arztes. Eine Generalisierung im Sinne von allgemeinen Wenn-Dann-Regeln erscheint nach Cimino unmöglich, im Gegenteil müssten diese auf den individuellen Patienten maßgeschneidert werden: „Available evidence must often be tailored for use in particular cases in order to account for individual patient differences“ (ebd., S. 103)¹³⁴. Expertiseerwerb wird hier als Fähigkeit deutlich, theoretisch erlerntes Wissen („Lehrbuchwissen“) auf konkrete Patientenfälle anzuwenden, sowie sich hierdurch effiziente Arbeitsroutinen anzueignen („becoming capable of applying book knowledge to particular cases through some kind of clinical insight, coupled with efficient routines for action“, ebd., S. 104).

Ein Beispiel aus der Feldforschung, dessen zentrale Ergebnisse im Folgenden Absatz referiert werden (vgl. ebd., S. 107-117), verdeutlicht sowohl wachsende Zeiteffizienz in der Anamnese als auch die Kombination expliziten und impliziten Wissens als Erfolgsrezept des erfahrenen Arztes. Die Anamneseführung entwickelt sich dadurch von der unfokussierten Abfrage eines Routinekatalogs hin zum gezieltem, informationsgenerierendem Interview. Mit zunehmender Erfahrung entwickle sich offenbar ein „Sinn“ für das Wesentliche („The more experienced physician develops a *better sense* of how to focus a patient encounter“). Bei ausgereifter Expertise finde eine automatisierte Informationsaufnahme statt, so dass ausreichend Zeit für „Reflection in Action“¹³⁵ zur Verfügung stehe. Aufgrund neuer relevanter Informationen könne vom Experten ein „reframing“ des Problems vorgenommen werden. Der Novize tendiere hingegen dazu, sich zu stark auf formalisierte Lösungswege zu verlassen oder die Tragfähigkeit seines unzureichenden Erfahrungswissens zu überschätzen. Nur dem Experten ge-

¹³⁴ Hier scheint deutlich das medizinische Paradigma der „individuellen Fallorientierung“ auf.

¹³⁵ Dieses Konzept von Schön 1982, das einen in das praktische Handeln eingebetteten Reflexionsprozess beschreibt, wird unter B 3.3.1. erläutert.

linge es, anhand eines charakteristischen Symptommusters die zutreffende Diagnose aus dem Vorrat expliziten Wissens abzurufen („triggered retrieval“). Die Lösung des „Routinefalls“ – oftmals unhinterfragte und unterschätzte Arbeitsleistung des Experten – rückt so als Verfügung über einen Wissensvorrat an tacit knowledge in den Blick und erscheint so als besondere Fertigkeit des erfahrenen Arztes. Beim Novizen ist das Wissen noch nicht so organisiert, dass es situationsadäquat abgerufen werden kann, so dass es anhand der Vielzahl der gleichgewichtig behandelten Informationen und möglichen Krankheiten zum „cognitive overload“, einer Überlastung des Arbeitsgedächtnisses, komme.

In den Blick rückt zudem die Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit des Experten im Rahmen des Arzt-Patient-Verhältnisses, die dem Bereich der „social skills“ zugeordnet wird. So zeige sich beispielsweise neben dem Stellen der richtigen Frage vor allem die Art und Weise, wie diese an den Patienten zu richten sei, als Merkmal von ärztlicher Expertise. Im Rahmen der Therapie gelte es nicht nur, den Patienten zu beobachten, einen pragmatischen Plan für dessen individuelles Problem (inklusive der Berücksichtigung kultureller Faktoren, der Wünsche und Bedürfnisse des Patienten) zu entwerfen: Der Arzt werde erst wirklich zum „Doktor des Patienten“, wenn er zu dessen stabilem Bezugspunkt, Partner und Anwalt wird. Eine rein auf Prämissen der „technischen Rationalität“ mit ihrem verwissenschaftlichten Verständnis des guten Arztes basierende medizinische Ausbildung erscheine daher kaum ausreichend und erfolgsversprechend (vgl. ebd., S. 102-104).

Ein großer „Nachteil“ impliziten Wissens wird von einigen Autoren in der Personengebundenheit dieser Wissensform bzw. der daraus resultierenden Schwierigkeit der - zumindest expliziten- interpersonellen Vermittlung gesehen. Umgekehrt spricht jedoch für eindeutige Grenzen expliziten Wissens die verbale Unvermittelbarkeit bestimmter Inhalte. So argumentiert auch Cimino in einigen Situationen eher für die Beobachtung und Imitation des Handelns des ausbildenden Arztes im Sinne eines „Do as I do not as I say“ (ebd., S. 105). Der größte Teil dessen, was den späteren Experten ausmacht, werde daher in der Praxis erlernt- ein Prozess der niemals abgeschlossen sei (vgl. ebd., S. 106–107).

Die neuere medizinische Expertiseforschung weist somit den ärztlichen Experten als nicht nur Besitzer sowohl expliziten als auch impliziten Wissens aus, sondern stellt darüber hinaus die Verfügung des erfahrenen Arztes über implizites Wissen als Quelle dessen heraus, was oftmals als ‚ärztliche Kunst‘ bezeichnet wird. Cimino ordnet das Differenzierungsvermögen zwischen wichtigen und unwichtigen Informationen zwar eindeutig der „art of medicine“ zu, jedoch dient ihm der Kunstbegriff und auch der Begriff „Intuition“ nur als Oberflächenbeschreibung, unter der sich, zielgerichtete, erfahrungsbasierte Denkvorgänge verbergen würden

(vgl. ebd., S. 109). Auch Patel et. al. auf beziehen sich die mittlerweile klassische Gegenüberstellung von Kunst und Wissenschaft zur Beschreibung des Wesens der Medizin. Mit dieser Unterscheidung korrespondiert die Sichtweise einer „science of medicine“, die der Anwendung naturwissenschaftlich begründeten Wissens bzw. expliziten Wissens entspricht und einer „art of medicine“ als Anwendung von Formen impliziten Wissens wie Intuition, ganzheitlicher Wahrnehmung und Erfahrung (vgl. Patel et. al. 1999, S. 75). Tatsächlich zeigen sich beide Felder als eng verwoben, sich wechselseitig bedingend und empirisch schwer zu differenzieren (vgl. ebd., S. 76). Bestimmte Erkenntnisprozesse ließen sich nicht rational oder allein durch Kontextwissen begründen und werden daher von den Autoren z. B. der Intuition attribuiert:

“It is also indicated that diagnostic efficiency and nonanalytical reasoning are determined by knowledge that is particular to the practitioner’s intuitive knowledge of the underlying case situation, not by the possession of conceptual domain knowledge alone” (ebd., S. 85).

Festzuhalten ist somit eine deutliche Öffnung der Kognitionspsychologie in Richtung von nicht allein als rational definierbaren geistigen Prozessen, deren weitere Analyse sich ihrem begrifflich-konzeptuellen Instrumentarium letztlich jedoch entzieht.

2.2.3 Das Scheitern des Diagnosecomputers

Bei der Betrachtung des sozialen und ökonomischen Settings, in welchem sich die ärztliche Tätigkeit abspielt, ist eine Konstellation von innerhalb und außerhalb des medizinischen Systems liegenden Dynamiken zu erkennen¹³⁶, die dieses Handlungsfeld anfällig für den Eingriff von informationstechnischen Systemen verschiedenster Art machen. Als für die vorliegende Arbeit interessante Entdeckung erscheint hierbei vor allem der Umstand, dass, anders als in anderen, vornehmlich industriellen Handlungsfeldern, der Ruf nach informationstechnischer Unterstützung nicht ausschließlich von Seiten des betrieblichen Managements zu kommen scheint, sondern teilweise auch von den unmittelbaren Handlungsträgern selbst, der ärztlichen Profession, wie u. a. Wagner 1995 zu entnehmen ist. Der steigende Rationalisierungsdruck der 1980er Jahre tat sein Übriges, auch aus ökonomischen Motivlagen eine Automatisierung des ärztlichen Tätigkeitsbereichs salonfähig zu machen.

¹³⁶ Angesprochen sind hiermit die in Teil A geschilderten makrosozialen Prozesse im Gesundheitswesen.

Computersysteme zur Bewältigung der vielfältigen administrativen und betriebswirtschaftlichen Aufgaben sowie auch zur Unterstützung der „eigentlichen“ ärztlichen Arbeit gehören mittlerweile (wenn auch in sicherlich unterschiedlichem Ausmaß) zur Grundausstattung jedes Krankenhauses und sind aus diesem nicht mehr wegzudenken. Nach ihrem Verwendungszweck sind medizinische Computerprogramme in patientenbezogene Informationssysteme im Sinne von elektronischen Patientenakten, medizinische Informationsdatenbanken und Konsultationssysteme, Planungssysteme und schließlich Monitoringsysteme (wie z. B. in der intensivmedizinischen Überwachung gebräuchlich) und diagnostische Expertensysteme zu differenzieren (vgl. Marckmann 2003, S. 50f.), wobei insbesondere letztere, bezeichnet auch als „Diagnosecomputer“, von sowohl expertise- als auch professionstheoretisch größtem Interesse sind, da sie mit der Diagnosestellung tief in den Kernbereich ärztlichen Handelns eindringen.

Bereits mit Beginn der KI-Forschung in den fünfziger Jahren war die Medizin mit der Zielsetzung der Entwicklung eines „Diagnosecomputers“ ein prominentes Forschungsfeld – dies obwohl die Diagnosestellung als unscharfes Handlungsfeld mit den typischen Problemen behaftet ist, sich sogar als besonders komplexer und schwer modellierbarer Prozess herausgestellt¹³⁷. Als Beispiel für einen Prototyp eines klassischen regelbasierten Expertensystems gilt das in den siebziger Jahren an der Stanford University entwickelte System MYCIN (vgl. ebd., S. 53-54). Ein äußerst ambitionierter Pioniersversuch war der INTERNIST von 1975, der sich mit der gesamten inneren Medizin das wohl umfassendste Gebiet vornahm (vgl. Hucklenbroich 1993, S. 21-25) und noch heute als Referenz für ein besonders komplexes System herangezogen wird. Dieses System wurde wohl auch wegen seines umfassenden Anspruchs nie in der klinischen Routine eingesetzt (vgl. ebd., S. 51, S. 54-58). Das Lungendiagnoseprogramm „PUFF“, das mit 400 expliziten If-Then-Rules programmiert wurde, arbeitete hingegen mit gutem Erfolg (96% Trefferquote) und ist wohl auch aufgrund der Überschaubarkeit des Problembereichs eines der wenigen, das in der klinischen Praxis Anwendung findet (vgl. ebd., S. 59-60).

Zunächst stand bei der Entwicklung von Diagnosecomputern die Aussicht im Vordergrund, die zunehmend als unwissenschaftlich kritisierte ärztliche Wissensbasis objektiv zu validieren, auf diese Weise wissenschaftlich zu legitimieren und auch qualitativ zu verbessern. Die

¹³⁷ Den Versuch einer schematischen Abbildung der verschiedenen Wissensgattungen innerhalb der ärztlichen Expertise unternimmt (aus medizintheoretischer Sicht) Hucklenbroich 1993. Implizites Wissen findet hierbei interessanterweise keine Erwähnung, als „Kernstück“ ausgewiesen wird das „Strategiewissen, beschrieben als „Wissen über die Beziehbarkeit der verschiedenen Wissensarten aufeinander und ihre Verwertbarkeit im diagnostisch-therapeutischen Prozess“ (Hucklenbroich 1993, S. 12-13).

Hoffnungen, die an den Einsatz von Expertensystemen geknüpft waren, erstreckten sich desweiteren auch auf eine Entlastung des Arztes von (vermeintlicher) diagnostischer Routinearbeit, so fortschrittsoptimistisch als wahrscheinliche Zukunftsentwicklung prognostiziert von Schwarz 1970: „Indeed, it seems probable that in the not too distant future the computer, (...), will help free the physician to concentrate on the tasks that are uniquely human such as the application of bedside skills, the management of the emotional aspects of diseases and the exercise of good judgement in the nonquantifiable areas of clinical care“¹³⁸ (zitiert in: Marckmann 2003, S.2).

Ohne eine Bewertung des Nutzens der verschiedenen Systeme im Einzelnen vornehmen zu können¹³⁹, soll im Folgenden auf die grundsätzlichen Grenzen von diagnostischen Expertensystemen in der Medizin eingegangen werden. Als wesentliche Ursache für das en gros als gescheitert zu bezeichnende Vorhaben der Modellierung ärztlicher Expertise ist in erster Linie die mangelnde Formalisierbarkeit ärztlichen Wissens, welches, wie durch die Expertiseforschung erkennbar wurde, in nicht geringem Ausmaß als implizites Wissen einzustufen ist, zu benennen. Allein in der „technischen“ Krankheitsdefinition, Krankheit als Abweichung von Normalwerten zu identifizieren und hiermit die „Besonderheiten des individuellen biologischen Systems“ (Wagner 1995, S. 275) nicht erfassen zu können, ist ein wesentliches Problem des Diagnosecomputers zu sehen¹⁴⁰. Auch Schachtner 1999, deren Analysen der ärztlichen Praxis als erster empirischer Baustein der vorliegenden Arbeit noch ausführlich dargelegt werden (C 1.), streift das Thema der informationstechnischen Reproduzierbarkeit ärztlichen Handelns durch medizinische Expertensysteme. Gescheiterte Versuche diesbezüglich verweisen nach Schachtner auf die Besonderheiten eines Verstehensprozesses, der zu einem nicht unerheblichen Teil in der Dechiffrierung vielschichtiger Bedeutungs- und Sinngehalte besteht, eine Übertragung dessen in explizite Regeln und technische Daten kaum möglich erscheint (vgl. Schachtner 1999, S. 46)¹⁴¹. Mit Verweis auf die Arbeiten der Informa-

¹³⁸ Der Arzt wird in dieser Vision im Prinzip nicht inadäquat als Ausübender einer menschnahen, emotionale und handwerkliche Tätigkeiten einschließenden, nicht formalisierbaren ärztlichen Kunst konzipiert, was insbesondere durch den Einbezug der ärztlichen Urteilskraft untermalt wird. Lediglich der Bereich der Diagnose wird hierbei als stark verwissenschaftlichtes Feld tendenziell falsch eingeschätzt. Mit dieser Gesamteinschätzung ist sicherlich innerhalb der auf Substitution zielenden KI dieser Zeit eine Außenseitermeinung benannt.

¹³⁹ Eine differenzierte und ausführliche Besprechung der Funktionsweisen und des Erfolgs der verschiedenen Systeme leistet Marckmann 2003.

¹⁴⁰ Grundlage dessen ist eine Modellbildung, die in Anlehnung an das biomedizinische Modell eine Abstraktion vom individuellen Menschen vornimmt und hierdurch die praktische Anwendung prinzipiell limitiert (vgl. Marckmann 2003, S. 84).

¹⁴¹ Schachtners Befund der Orientierung ärztlichen Handelns an metaphorischen Konzepten spräche nach Schachtner nicht gegen die grundsätzliche Möglichkeit eines Transfers ärztlicher Expertise in technische Systeme. Jedoch eröffnet lediglich die im „Schienenmodell“ angelegte tendenziell objekti-

tikerin Floyd lasse sich ärztliche Expertise in ihrer Eigenheit als „Zusammenwirken expliziten und impliziten Wissens“ nicht mit einem technischen System, welches Handlungsprogramme im Voraus entwerfe, darstellen (vgl. ebd., S. 98). So ist z. B. eine Abbildung individueller Krankheitsverläufe, ganz zu schweigen im Fall von Multimorbidität, mittels kausallogischer Inferenzen unmöglich - ihre Einschätzung erfolgt in der Regel erfahrungsbasiert und intuitiv (vgl. Moldaschl 1994, S. 218).

Als kritisch erscheint folglich vor allem die Unregelmäßigkeit und Unschärfe ärztlichen Expertenwissens, für die es keine angemessene technische Repräsentationsform gibt und die es letztlich verunmöglicht, „Fingerspitzengefühl in einen Algorithmus zu fassen“ (vgl. Wagner 1995, S. 274)¹⁴². Das ärztliche Erfahrungswissen entzieht sich letztlich in seiner Personen- und Kontextgebundenheit der technischen Reproduktion. Insbesondere das pathophysiologische Tiefenwissen sperrt sich in seiner Komplexität gegen die Unterstellung strenger Kausalität, die vom Knowledge Engineering zugrundegelegt wird (vgl. Marckmann 2003, S. 93). Auch eine flexible Anpassung an variable Problemsituationen, von der Expertiseforschung als eines der zentralen Merkmale des Experten erkannt, kann ein mit einer definierten Problemlösestrategie arbeitendes System nicht leisten, während der Arzt z. B. im Rahmen des Interaktionsprozesses mit dem Patienten sowohl neue Informationen generieren als auch in seine Hypothesenbildung mit einbeziehen kann. Der klassische, auf eine Modellierung ärztlicher Diagnosekompetenz abzielende Diagnosecomputer muss somit als unter Performanzgesichtspunkten gescheitert bezeichnet werden.

Jenseits der Fragestellung einer grundsätzlichen inhaltlichen Machbarkeit gab es auch aus entwicklungs-technischer Sicht zahlreiche Schwierigkeiten. Um nur die als wesentlich erscheinenden zu nennen, sei auf generelle Eigenschaften technischer Systeme verwiesen, z. B. Verständnisprobleme der Anwender bei der Entwicklung nicht berücksichtigen zu können, so im Fall von Inferenzmechanismen, die für Anwender außerhalb der KI unverständlich seien.

vierende Wenn-Dann-Logik die Möglichkeit einer binären Abbildung. Die den meisten Metaphern zugrunde liegende nicht-Binarität, mittels der die Erfassung diffuser und komplexer Wirklichkeiten gelingt, hingegen erweist sich als „bislang nur ungenügend technisch reproduzierbar“, wie Schachtner es vorsichtig formuliert. Offenbar verfügt der Mensch durch die im „Leib-Körper“ angelegte „komplexe Erkenntnischance“ zum Senden und Empfangen von technischen Systemen unzugänglichen Signalen, sowie seiner Fähigkeit zu einer sich über diese Medien vollziehenden Auseinandersetzung mit seiner natürlichen und technischen Umwelt über zumindest in bestimmten Bezügen überlegene Fähigkeiten. Von herkömmlichen arbeits- und expertisetheoretischen Konzeptionen abweichend, wird dies von Schachtner mit der „Fähigkeit, sich auf eine Situation emotional einzulassen“ begründet (vgl. Schachtner 1999, S. 232).

¹⁴² Dass sich implizites Wissen kaum oder nur mit hohen Einbußen in eine Wissensbasis einspeisen lässt wird mittlerweile allgemein (auch in der KI-Forschung weitgehend) akzeptiert, siehe dazu auch B 3.1.

Weiterhin ist anzumerken, dass in den diagnostischen Prozess mithilfe einer bereits vorhandenen Wissensbasis, die zudem aufgrund der langen Entwicklungszeiten von bis zu fünfzehn Jahren zum Zeitpunkt der Anwendung bereits veraltet sei, die Dynamik und Veränderlichkeit des Wissensbestands keinen Eingang finden kann (vgl. Moldaschl 1994, S. 217).

Einschränkungen bezüglich der Leistungsfähigkeit von medizinischen Expertensystemen sind demnach auch aus entwicklungsökonomischer Sicht zu machen: Nicht nur gestaltet sich die Wissensakquisition im Stil eines klassischen Knowledge Engineering aufgrund der enormen Komplexität ärztlichen Wissens nicht nur als äußerst mühsam, sondern zudem als zeit- und kostenintensiv- mit letztlich wenig zufriedenstellendem Ergebnis. Insbesondere vor dem Hintergrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen sind Wirtschaftlichkeitsüberlegungen sicherlich angebracht, wenn auch vereinzelt Einsparungen durch den Einsatz von wissensbasierten Problemen behauptet werden, ihnen daher von Marckmann „ein beachtliches Rationalisierungspotential“ (Marckmann 2003, S. 132) attestiert wird.

Auch lägen der praktische Nutzen von Expertensystemen und die Art und Weise des praktischen Umgangs der Anwender mit ihnen im Dunkeln (vgl. Moldaschl 1994, S. 222-224). Offenbar gibt es ein auffälliges Defizit an Evaluation generell, zudem erscheinen die in Laborsituationen produzierten Testergebnisse für eine Anwendung in Realsituationen unter Zeitdruck und unter dem Einfluss von anderen Störvariablen als wenig aussagekräftig in Bezug auf eine de facto erzielbare Leistung eines Expertensystems. Zudem sind die ohnehin nicht geringen Fehlerquoten von 5-15% in praktischer (und möglicherweise auch juristischer Hinsicht) für eine Realanwendung sicherlich nicht unproblematisch (vgl. ebd., S. 220)¹⁴³.

Das Fehlen einer grundsätzlichen Analyse ärztlichen Handelns und Entscheidens thematisieren Mannebach et.al. 1993 und Hucklenbroich 1993 als Ursache für die bislang unbefriedigenden Ergebnisse der Expertensysteme. Mannebach et. al. 1993 machen hierfür nicht systematische Grenzen, sondern auch das Selbstverständnis der ärztlichen Profession als „schwankend zwischen Kunst und Wissenschaft“ (Mannebach et. al. 1993, S. 199-120) verantwortlich. So geht auch Hucklenbroich zumindest theoretisch von der Möglichkeit der Entwicklung einer angemessenen technischen Modellierung medizinischer Expertise aus: „Medizinische Expertensysteme und ähnliche Anwendungen künstlicher Intelligenz in der Medizin werden erst dann in theoretischer und praktischer Hinsicht befriedigen können, wenn sie auf einer methodologisch korrekten und adäquaten Rekonstruktion des medizinischen Wissens und

¹⁴³ So attestieren Puppe et. al. 1993 den medizinischen Expertensystemen „trotz fünfzehn Jahren intensiver Forschung“ noch „keine klinische Praxisreife“ (Puppe et. al 1993, S. 69).

Argumentierens aufbauen. Eine solche Rekonstruktion oder Modellierung existiert derzeit jedoch noch nicht“ (Hucklenbroich 1993, S. 9).

So scheint es sich nicht abzuzeichnen, dass medizinische Expertensysteme als „Sackgasse der technischen Evolution abgehakt“ (Moldaschl 1994, S. 214) werden könnten. Als augenfälliger - abgesehen von der speziellen intellektuellen Herausforderung, die die Modellierung ärztlicher Kunst als „bereichsspezifische, erfahrungsbasierte Urteilskompetenz“ (Marckmann 2003, S. 1) offenbar für Entwickler darstellt - und wohl auch innerhalb der Profession am ehesten akzeptabler Grund für die bis in die Gegenwart beharrlichen Bemühungen zur Entwicklung diagnostischer Expertensysteme ist sicherlich die zunehmende Unüberschaubarkeit medizinischen Fachwissens zu betrachten, die die praktische ärztliche Entscheidungsfindung zu einem überkomplexen Prozess hat werden lassen. Während in planerischen und administrativen Arbeitszusammenhängen durchaus ein wenn auch mitunter nicht-intendierter Nutzen medizintechnischer Systeme erkennbar ist¹⁴⁴, fokussiert die KI-Forschung weiterhin trotz der vorangegangenen Misserfolge mit offenkundiger „Faszination“ ihr Lieblingskind, die Modellierung ärztlicher Expertise (vgl. Moldaschl 1994, S. 226-229), nun in einer neuen Ausrichtung als nicht mehr substituierendes, sondern beratendes „Feedback-System“ (Müller-Kolck 1993, S. 142). Hierbei unterscheiden sich nach wie vor die Entwürfe in ihrer Radikalität des Eingreifens in die als eine ärztliche Kernkompetenz zu betrachtende Interpretation von Daten oder Bildern¹⁴⁵. Festzuhalten ist, dass offenbar Bedarf an „intelligenter Selektion und Interpretation von Daten, Information und Wissen“ (Moldaschl 1994, S. 210) sowie an der „Verminderung von Unsicherheit im diagnostischen und therapeutischen Prozess durch zusätzliche Konsultationsmöglichkeiten“ (ebd.) besteht. Wagner analysiert vor dem Hintergrund der durch die „Informationsexplosion“ (Wagner 1995, S. 269) induzierten Überforderungssituation und der (scheinbaren) „Konzeptlosigkeit“ (ebd., S. 267) ärztlichen Handelns die Potentiale des medizinischen Expertensystems MEDEX, welches im Unterschied zu früheren Programmen keine Delegation von Expertentum an das intensivmedizinische Diagnosesystem vorsieht, sondern als elektronische Wissensbasis im Sinne einer intelligenten Unterstützung konzipiert ist. Vielmehr soll es dem Arzt als kritischer Dialogpartner dienen¹⁴⁶, indem es Abweichungen

¹⁴⁴ So z. B. festgestellt beim Expertensystem RHEUMA (vgl. Degele 1994, S. 178f.)

¹⁴⁵ Zu den Besonderheiten der Erkenntnisleistung bei bildgebenden Verfahren siehe Rudolf 1993 (siehe dazu B 2.3.3.7.). Verfechter informationstechnischer Modellierung plädieren stellenweise noch immer für eine Überlegenheit diagnostischer Systeme gegenüber dem Humanexperten, beispielsweise beim Beurteilen eines EKGs (siehe dazu Buscher 1993, S. 135), wobei sie u. a. auch die Schwierigkeiten des diesbezüglichen Knowledge Engineering zu unterschätzen scheinen.

¹⁴⁶ Reflektiert wird hiermit ein Paradigmenwechsel in der KI-Forschung, der auch allmählich in der Medizintechnikentwicklung Niederschlag findet. Technik wird so im Sinne von „gebrauchstüchtigen Arbeitsmitteln“ verstanden (vgl. Brödner 1997, S. 26-29).

von Normalwerten und damit verbundene Diagnose- und Therapievorschläge an den Arzt meldet (vgl. Wagner 1995, S. 272-273). Als Voraussetzung für ein Funktionieren dieser Kooperation von Mensch und Technik erscheint in jedem Fall- unabhängig von der Qualität des technischen Systems - die Befähigung des Arztes zur medizinischen Urteilskraft, so dass der Humanexperte somit unverzichtbar, der Arzt als autonom entscheidender Akteur erhalten bleibt¹⁴⁷.

In dieser Konstellation können Wagner zufolge aus der Sicht der Ärzte einige Erfolge verbucht werden, wenn auch diese wohl eher als subjektive Selbstvergewisserung („Das technische Artefakt erlaubt offenbar seinen Konstrukteuren die Plausibilisierung bestimmter Szenarien seines Verwendungszwecks“, Wagner 1995, S. 279) im Sinne einer zumindest scheinbaren externen („objektiven“) Validierung der eigenen diagnostischen Selbsteinschätzung einzustufen sind¹⁴⁸.

Vorstellbar erscheinen in der Gesamtbeurteilung allenfalls Systeme zur „aufgabenorientierten Unterstützung des Experten“, die im Rahmen eines Perspektivwechsels der Systementwicklung „von der Problemlosemaschine zum intelligenten Werkzeug“ (Moldaschl 1994, S. 232) konzipiert werden. Ein System, welches „den Problemraum transparent hält“ und „kognitive Bilderzeugung unterstützt“ (Müller-Kolck 1993, S. 158) könne geeignet sein, zu einer neuen Form der Wissensgenese im Rahmen der dialogischen Auseinandersetzung des Experten mit dem System beizutragen. Wichtig erscheint hierbei jedoch in jedem Fall, dass Technik nicht als Sachzwang in den diagnostischen Prozess hineinwirkt, so z. B. durch Standardisierung des Diagnoseprozesses (vgl. Buscher 1993, S. 133) und so letztlich doch die „Elimination des Subjektiven“ (Moldaschl 1994, S. 230) befördert.

Offenkundig werden durch die für den Medizinbereich hergestellten IT-Produkte Probleme der verwissenschaftlichten Medizin, deren Losungsversprechen durch sie, wenn überhaupt, nur mit starken Einschränkungen gehalten werden können und die zumeist über die Pilotphase nicht hinausgekommen sind (vgl. Moldaschl 1994, S. 215). Der Entwicklungsprozess medizi-

¹⁴⁷ In früheren Konzeptionen medizinischer Expertensysteme wurde diese Urteilsleistung nicht als Stärke des Humanexperten, sondern als (noch auszumerzende) Schwäche des wissensbasierter Systeme gewertet, welche sich „eine solche Unschärfe nicht leisten können“ (vgl. Hucklenbroich 1993, S. 21). Wieland 1986 nimmt auf die Unfähigkeit der Systeme, das von ihnen produzierte Ergebnis zu bewerten, kritischen Bezug: „Denn gerade objektiviertes Wissen bedarf in allen seinen Gestalten der Kompetenz dessen, der hinter ihm steht und mit ihm seiner Eigenart gemäß richtig umgehen kann“ (zitiert in: Marckmann 2003, S. 88).

¹⁴⁸ Dass diese für den reflexiv verwissenschaftlichten Arzt, der sich nicht mehr auf seine professionelle Autorität respektive Entscheidungsautonomie verlassen kann oder will, offenbar zur Legitimation notwendig wird, ist ein Thema für die Professionssoziologie.

nischer Expertensysteme erscheint bislang stark von außerhalb des medizinischen Systems liegenden Interessen getrieben, sei es von ingenieurwissenschaftlichen Ambitionen als technisches Projekt begriffen oder von der KI-Forschung ihre eigenen rationalistischen Leitvorstellungen verfolgend¹⁴⁹. Zu einer erfolgsversprechenden Gestaltung von Expertensystemen müsste schon allein dem Problem der Wissensakquisition auf eine neue Weise begegnet werden. Zur Modellierung der „ausgeprägt kasuistischen, fallorientierten Praxis“ der Medizin biete sich einzig die Methode des Fallbasierten Ansatzes an, die sich in „relativ unstrukturierter bzw. schwer systematisierbaren Aufgabenbereichen mit schwach ausgeprägtem kausalem Wissen“ als vergleichsweise zielführend erwiesen habe (vgl. Moldaschl 1994, S. 231).

Nicht zuletzt gibt es ein Defizit sozialwissenschaftlicher Betrachtung, die ein tieferes Verständnis der Interaktion von Mensch und Maschine ermöglicht. Soziale Prozesse und der Eingriff des technischen Systems in selbige bleiben chronisch unterreflektiert (vgl. Degele 1994, S. 223f.).

Angebracht erscheint Skepsis in Bezug auf mögliche sachfremde Einsatzmöglichkeiten von Expertensystemen in der Organisation von Arbeitsprozessen in der Gesundheitsversorgung, die hier schlaglichtartig erwähnt seien:

- Ob der Gedanke einer „Entlastung für das in Kliniken chronisch überlastete Personal von Routineaufgaben und das Versprechen von mehr Autonomie und die Chance, sich auf die „eigentlichen“, am Menschen orientierten, medizinischen und pflegerischen Aufgaben konzentrieren zu können“ nicht als vorgebliche Zielsetzung einer humaneren medizinischen Versorgung dienen kann, um simple Rationalisierungsprozesse zu verschleiern, was vor dem Hintergrund von Personalabbau im Gesundheitswesen nicht unwahrscheinlich erscheint (vgl. Moldaschl 1994, S. 210).
- Ob computerbasierte Systeme nicht eher als Kontrollinstrument der beteiligten, vor allem pflegerischen Akteure, denn als fachliche Unterstützung genutzt werden können (vgl. ebd., S. 225-226).

¹⁴⁹ Moldaschl schätzt die Entwicklung von KI-Systemen in der Medizin als mehr wissenschaftsgetrieben als ökonomisch motiviert ein, da eine profitable Serienherstellung als von vornherein unrealistisch erscheint. Weder ein flächendeckender Einsatz, schon gar nicht außerhalb von Unikliniken, noch eine routinemäßige Nutzung erscheinen in Reichweite. (vgl. Moldaschl 1994, S. 214, S. 221). Buscher regt diesbezüglich einen „engeren Austausch“ zwischen Entwicklern und Praktikern an (vgl. Buscher 1993 S. 134).

- Und schließlich, ob mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben, wie z. B. der Anamnese, mittels technisch standardisierter Erhebungsverfahren durch nicht-ärztliche Akteure nicht Informationsverluste im Bereich „weicher“ Informationen, die sich nur unvollständig formalisieren lassen, einhergehen.

Auch sollte der zusätzliche Einsatz von technischen Systemen im Zeitalter einer sich seit den 1980er Jahren verschärfenden „Apparatemedizin“ wohlüberlegt sein, insbesondere in Fällen, in denen sich kein tatsächlicher fachlicher Mehrwert, sondern im Endeffekt nur ein Anstieg der Datenflut, der im Extremfall durch weitere intelligente Technik bewältigt werden muss, erzielen lässt. Grundsätzlich muss die Zielsetzung einer ökonomischen Rationalisierung des Handlungsbereichs Diagnose als eher unsinnig bezeichnet werden, da die hierauf verwendeten Zeitressourcen im Vergleich zu den stetig zunehmenden administrativen Anforderungen an den Arzt als eher gering einzustufen sind (vgl. ebd., S. 229). Mit Blick auf Arzt-Patient-Verhältnis sind insbesondere technische Instrumente, die die soziale Interaktion zwischen Arzt und Patient immer weiter technisch mediatisieren im Hinblick auf eine mögliche „Dehumanisierung“ (Marckmann 2003, S.3) des Arzt-Patient-Verhältnisses mit besonderer Sorgfalt zu betrachten.

Mit Mitte der neunziger Jahre hat sich das Interesse am Diagnosecomputer – im Rahmen der allgemeinen Ernüchterung im Bereich der künstlichen Intelligenzforschung- deutlich abgekühlt. Dennoch können die aus den Forschungs- und Entwicklungsbemühungen zur künstlichen Intelligenz in der Medizin abzuleitenden wesentlichen Erkenntnisse für die vorliegende Arbeit fruchtbar gemacht werden. Diese bestehen in erster Linie in einer Anerkennung der Nicht-Objektivierbarkeit des ärztlichen Urteilsvermögens. „Das Scheitern des Diagnosecomputers“ belegt nachdrücklich die subjektive Interpretationsleistung des Arztes und öffnet den Blick für die hierin zum Einsatz kommenden Kompetenzen und Fähigkeiten. Regeln und logisch-diskursives Denken sind unbestritten als Basis ärztlichen Denkens und Handelns zu betrachten, dennoch reichen sie nicht aus, um das vielzitierte Phänomen der ‚ärztlichen Kunst‘ angemessen zu beschreiben. Überdeutlich wird hiermit die herausragende Bedeutung impliziter Wissensformen als Grundlage allen Erkennens und Entscheidens, sei es als Befähigung zur ärztlichen Intuition, dem berühmten ärztlichen Blick“ oder - unspektakulärer aber nicht weniger relevant - in der alltäglichen Begegnung mit dem Patienten als subtile Befähigung zur Sondierung wichtiger Informationen.

Diesen Phänomenen gilt im Rahmen einer Darstellung des „State of the Art“ zum ärztlichen Wissen und Handeln“ näheres Augenmerk.

2.3 „Anderes Wissen“ – Konzepte und Befunde

Die Fülle der Forschungsarbeiten zur ärztlichen Tätigkeit in weitestem Sinne ist kaum zu überblicken. Zur deren Systematisierung wird das folgende Kapitel, das einen Überblick über den Forschungsstand zum ärztlichen Handeln und Wissen sowie eine Einordnung in übergreifende Kontexte zum Ziel hat, in drei thematische „Blöcke“ unterteilt, wobei der interessierende Aspekt der Behandlung des ärztlichen Handelns und Wissens jeweils herausgearbeitet wird. Das ärztliche Arbeitshandeln wird in den referierten Arbeiten zwar vielfach berührt und aus verschiedenen Perspektiven ausgeleuchtet, steht jedoch im Sinne einer Handlungsanalyse bei keiner der Arbeiten ausdrücklich im Vordergrund des Interesses. Dennoch lassen sich in den verschiedenen Konzeptionen vielfältige Anknüpfungspunkte für den Gegenstand der vorliegenden Arbeit erkennen.

Mit dem Fokus der Betrachtung unterschiedlicher Sichtweisen auf die ärztliche Tätigkeit bzw. die Rolle des Arztes und sind zunächst mit Parsons' „klassischer“ Bestimmung der Rolle des Arztes und Freidsons machttheoretischem Gegenmodell zwei konträre Konzeptionen des Arztes im Rahmen der im Anschluss an Parsons begründeten Medizinsoziologie bzw. der Tradition der US-amerikanischen Professionssoziologie zu skizzieren.

Zu betrachten sind im Anschluss Arbeiten der Medizin- und Professionssoziologie, die sich speziell auf die ärztliche Tätigkeit in Deutschland beziehen. Die beiden Forschungsfelder der Medizinsoziologie¹⁵⁰ und der Professionssoziologie bilden eine Schnittmenge im Bereich der Erforschung der Professionen des Gesundheitswesens, wobei insbesondere in der Professionssoziologie dem Arzt traditionell eine „Sonderstellung“ (Borgetto/ Kälble 2007, S.6) zugestanden wird. Zu konstatieren ist jedoch eine wesentliche Forschungslücke im Bereich des ärztlichen Handelns. Dieses Manko kann zum Teil auf die Schwerpunktlegung der Medizinsoziologie zurückgeführt werden, in der die Erforschung von psychosozialen Faktoren von Krankheit und Gesundheit Priorität hat, die soziologische Forschung der Medizin selbst (und damit auch das ärztliche Handeln) unterbelichtet bleibt (vgl. Schubert 2006, S. 95). Als Bezugspunkt der frühen deutschen Medizinsoziologie wird Rohdes (eng an Parsons anschließende) Perspektive auf den Arzt näher zu betrachten sein. Ein weiterer Schwerpunkt wird mit Betrachtungen zur „Deprofessionalisierung“ des Arztes gesetzt.

¹⁵⁰ Zur Medizinsoziologie zählt auch der jüngste Ansatz der ‚Public Health‘, der „Lehre von den öffentlichen und gesellschaftlichen Bedingungen des Gesund- oder Krankseins“ (Bauch 2000, S. 3).

Im dritten und umfänglichsten Teil dieses Kapitels werden aktuellere Konzepte und empirische Befunde zum ärztlichen Wissen und Handeln jenseits eines planmässig-rationalen Handlungsbegriffs zu systematisieren sein.

2.3.1 Grundsteine und Klassiker der Medizinsoziologie

Als Grundsteine der Medizinsoziologie sind die Forschungsarbeiten von Parsons, Strauss, Goffman und Freidson zu nennen. Der als „Begründer der Medizinsoziologie“ (Gerhardt 1991, S. 36) geltende Parsons widmet sich im Rahmen seiner strukturfunktionalistischen Gesellschaftsanalyse „The Social System“ (1951)¹⁵¹ in einem Unterkapitel („Der Fall der modernen medizinischen Praxis“), das zum Referenzpunkt der neuen Forschungsrichtung wurde, dem Medizinsystem, das er als „Mechanismus im sozialen System, welcher der Bekämpfung der Krankheiten der Mitglieder dient“ (Parsons 1958, S. 12), definiert. Im Zentrum von Parsons Betrachtungen stehen die komplementären Rollen von Arzt und Patient bzw. das Arzt-Patient-Verhältnis, das er als das Kernelement des medizinischen Systems bestimmt. Hierin leitet er für den Arzt als zentralen Funktionsträger innerhalb des Medizinsystems (wie auch daraus resultierend für den Patienten) bestimmte Rollenerwartungen ab. Einen anderen Fokus legen Strauss und Goffman mit ihrer interaktionstheoretischen Sichtweise auf die Institution Krankenhaus¹⁵², die bei Strauss als Ort konflikthafter Aushandlung („negotiated order“), bei Goffman als „totale Institution“ (siehe dazu Stollberg 2001, S. 15-16, Siegrist 2005, S. 253) perspektiviert wird. Eine erneute Schwerpunktverschiebung innerhalb der Medizinsoziologie erfolgte mit Freidson, der im Rahmen seiner machttheoretischen Betrachtungen die „Dominanz“ der Ärzte kritisch thematisiert.

Eine gänzlich neue, bis dato in der medizinsoziologischen Diskussion unterreflektierte Sichtweise auf das ärztliche Handlungsfeld bot zudem Balint mit seinem mittlerweile als „Klassiker“ zu bezeichnenden Werk „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ (2001/ 1964) an. Als direkte Reaktion auf die aufkommende Psychosomatik thematisiert Balint die Relevanz des

¹⁵¹ Parsons konzipiert die Entwicklung der modernen Gesellschaftsstruktur als zunehmende Ausdifferenzierung von Teilsystemen. Im Teilsystem der Berufe stehen die Freien Berufe (Professionen) an der Spitze. Die moderne Gesellschaft ist nach Parsons vom reibungslosen Funktionieren der Professionen abhängig, diese seien ein wesentliches Strukturelement.

¹⁵² Ein besonders attraktives Feld war für die Medizinsoziologie von Beginn an die „Krankenhausforschung“, zu deren prominentesten Arbeiten neben den genannten Strauss und Goffman auch Foucaults „Geburt der Klinik“ (siehe hierzu A 1.) zu zählen ist.

hohen Anteils psychosomatisch verursachter Krankheiten für die ärztliche Arbeit. Folge seines Ansatzes – neben den bis in die Gegenwart existierenden „Balint-Gruppen“, ärztlichen Gruppensupervisionen – ist die generelle Erweiterung der Perspektive auf Krankheit und den Arzt als Handlungssubjekt bzw. auf die „nicht medizinisch-wissenschaftlich fundierten Momente ärztlichen Handelns“ (Bollinger 1988, S. 43). Aus dieser Einsicht entstand das Schlagwort der „Droge Arzt“ (Balint 2001, S. 3), das die kaum noch bestrittene Notwendigkeit der Bezugnahme des Arztes auf das psychisch-seelische Befinden des Patienten sowie den hieraus resultierenden kurativen Effekt pointiert.

Zu vertiefen sind die den Betrachtungen von Parsons und Freidson zugrunde liegenden Konzeptionen des Arztes hinsichtlich ihres Gehalts in Bezug auf das ärztliche Wissen und Handeln. Dieser Aspekt steht nicht explizit im Vordergrund ihrer Analysen, jedoch lassen sich aus ihren Konzeptionen des Arztes zahlreiche Implikationen ableiten.

2.3.1.1 Parsons Bestimmung des Arztes aus strukturfunktionalistischer Perspektive

Grundlegend für Parsons' Konzeption des Arztes ist die idealtypische (und normative) Bestimmung seiner Rolle und Funktion anhand der strukturfunktionalistischen „Orientierungsalternativen“ des „Universalismus“, der „funktionalen Spezifität“, der „emotionalen Neutralität“ und der „Kollektivitätsorientierung“ (vgl. Parsons 1958, S. 14)¹⁵³. Die Annahme der „Kollektivitätsorientierung“, basierend auf dem ärztlichen Ethos, bildet bei Parsons die Legitimationsgrundlage ärztlichen Handelns¹⁵⁴. Durch sie wird der Arzt im grundlegenden Unterschied zum Unternehmer nicht als Wirtschaftssubjekt konzipiert, sondern „kommerzielles Denken und Handeln“ als unvereinbar mit der „Ideologie des Berufstandes“ betrachtet. So „wird vorausgesetzt, dass das ‚Gewinnmotiv‘ radikal aus der Welt des Arztes ausgeschlossen ist“ (Parsons 1958, S. 15). Folgerichtig hat er im Rahmen seiner universalistischen Handlungsorientierung auf alle Patienten gleichermaßen Bezug zu nehmen. Anschließend an die „Spezifität der Funktion“ (Parsons 1958, S. 15), die Beschränkung des ärztlichen Kompetenzbereichs auf die medizinische Problematik, werden dem Arzt autonome Handlungsmacht und Entscheidungskompetenz in erster Linie aufgrund seiner „fachlichen Kompetenz“ (ebd.) ein-

¹⁵³ Kritik an Parsons konzentriert sich auf die zwei Aspekte der begrenzten Anwendbarkeit auf chronische Erkrankungen und auf die einseitige Orientierung der Konzeption an Wertemustern der amerikanischen Mittelschicht (vgl. Francke 1994, S. 34).

¹⁵⁴ Als zentrales Merkmal der Professionen als „freie Berufe“, zu denen der Arzt zählt (vgl. ebd., S. 14), bestimmt Parsons Autonomie, die er durch die den Professionen zugeschriebene Kollektivitätsorientierung als gerechtfertigt ansieht, zudem das ärztliche Berufsethos sowie Berufsverbände regulierend wirksam seien (vgl. ebd., S. 50-51).

geräumt, die Parsons in erster Linie über objektives wissenschaftliches Wissen bzw. über objektive Kriterien auf Grundlage der medizinischen Wissenschaft definiert. Eng hiermit in Verbindung stehend wird von Parsons die Funktion der „Affektneutralität“ (bzw. „emotionalen Neutralität“) begründet: „Man erwartet vom Arzt, dass er ein objektives Problem auf objektive, wissenschaftlich begründbare Weise angeht. Ob ihm etwa der jeweilige Patient sympathisch ist oder nicht, muss ohne Bedeutung bleiben“ (ebd.).

Näher zu betrachten sind die einzelnen Orientierungsalternativen sowie die Gesamtsicht Parsons auf den Arzt bezüglich ihrer Implikationen für die Rolle des Arzt bzw. der ihnen zugrundeliegenden Vorstellungen des ärztlichen Wissens und Handelns. Die Zuschreibungen der durch wissenschaftliches Wissen definierten „fachlichen Kompetenz“ wie auch die Rollenerwartung der emotionalen bzw. „affektiven Neutralität“ konzipieren den Arzt als quasi entsubjektivierte Urteilsgröße über das Vorliegen eines krankhaften Zustandes. Parsons' Vorstellung des ärztlichen Wissens und Handelns ist jedoch bei genauerem Hinsehen um einiges vielschichtiger, wenn auch nicht ganz eindeutig. So sieht Parsons den Arzt als nicht allein durch Rationalität bestimmt an, sondern bestreitet das ärztliche „Monopol auf rationale Erkenntnisse und Verfahrensweisen“ (ebd., S. 25) und konstatiert für die ärztlichen Tätigkeit „einen sehr bedeutenden Bereich der Ungewissheit“ (ebd., S. 28), der vielfach auf „psychische Faktoren“ zurückzuführen sei und der das ärztliche Handeln in seiner Rationalität begrenze (vgl. ebd., S. 28-29): „Unbekannte Faktoren können jederzeit Vorhersagen umstoßen, die auf einer Analyse der bekannten aufbauen“ (ebd., S. 28). Hierbei bleibt Parsons' Analyse auf die „Emotionalität“ der Situation begrenzt (vgl. ebd., S. 29-30). Lediglich im „Abwägen“ des Chirurgen - nach Parsons einem in besonderem Masse Handlungsdruck ausgesetztem Arzt - scheinen Aspekte der subjektgebundenen ärztlichen Erfahrung“ als zusätzliche Wissensform zu medizinischem Fachwissen auf (vgl. ebd., S. 43). Auch wenn Parsons die ärztliche Praxis nicht allein in der Anwendung wissenschaftlichen Wissens aufgehen lässt, wie es an verschiedenen Stellen anklingt, bezieht er sich jedoch durchweg kritisch und in der Tendenz abwertend auf nicht-wissenschaftliche Wissensformen, z. B. als „abergläubische und irrationale Vorstellungen und Bräuche in Bezug auf Gesundheit und Krankheit“ (ebd., S. 25). Lediglich abschließend verweist er auf „Abweichungen vom Idealtyp der Institutionalisierung der Wissenschaft und rationalen Handelns“ (ebd., S. 51), relativiert diese zugleich erneut als „pseudowissenschaftliche Überzeugungen“ (ebd.). Zudem konzipiert Parsons den Arzt im Sinne des später vielfach kritisierten Gesundheitstechnikers, indem er die „moderne ärztliche Tätigkeit“, von emotionalen Belastungen abgesehen, als „durchaus mit irgend einer anderen technischen hochqualifizierten Arbeit“ (ebd., S. 27) vergleichbar bezeichnet und diese an verschiedenen Stellen alleinig über die „Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse durch fachlich kompetente, ausgebildete Menschen“ (ebd., S. 33) definiert.

Das Arzt-Patient-Verhältnis rückt bei Parsons ins Zentrum der Betrachtung, konzipiert er dieses vor allem als „soziales System“. Diese neue Komponente schlägt sich auch in der Integration der bis dahin marginalisierten Psychosomatik in Abwendung von einem biologischen Reduktionismus nieder (vgl. Gerhardt 1991, S. 36). Gegen diese Sichtweise spricht, dass Parsons selbst wiederholt betont, dass die „moderne Medizin“ „eindeutig an der Wissenschaft orientiert“ (Parsons 1958, S. 45) sei, ihr dabei „wissenschaftliche Präzision“ (ebd.) attestiert. Auch enthält Parsons’ Rollenmerkmal des Universalismus trotz des verstärkten Einbezugs von emotionalen Aspekten im Arzt-Patient-Verhältnis zumindest Implikationen in Bezug auf eine distanzierte, eng auf den medizinischen Funktionsbereich begrenzte Beziehung zum Patienten (vgl. ebd., S. 34). „Die Spezifizierung der Kompetenz hat in erster Linie die Funktion, einen übersehbaren Bereich abzustecken, den man beherrschen kann und in dem die Leistungsfähigkeit nicht durch Verzettelung beeinträchtigt wird“ (ebd.). Eine tatsächliche Ganzheitlichkeit der Bezugnahme auf den Patienten, wie bei Gerhardt anklingend, lässt sich daher zumindest in der Grundkonzeption kaum herauslesen.

Im Anschluss an Parsons, obwohl dieser den Terminus selbst nicht geprägt hat, verfestigte sich das lange Zeit unangefochtene Rollenmodell des „ärztlichen Paternalismus“¹⁵⁵. Diesem liegt die Vorstellung der „Asymmetrie“, eines Macht- und Kompetenzgefälles“ (Francke 1994, S. 41) zwischen Arzt und Patient zu Grunde. Ebenso baut es stark auf der Vorstellung eines unbedingten Vertrauens im Arzt-Patient-Verhältnis auf, das in der „Bedürftigkeit“ (ebd., S. 20) und „Belastung“ (ebd., S. 23) des Patienten in psychosozialer Hinsicht sowie der Irrationalität des Patienten (vgl. ebd., S. 25) und seiner Angewiesenheit auf „professionelle, fachlich kompetente Hilfeleistung“ (ebd., S. 21) wurzelt. Auch der ärztliche Paternalismus begründet sich in der exklusiven Verfügung und Anwendung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse (vgl. Borgetto/ Kälble 2007, S. 163).

Parsons’ Konzeption der Arztrolle über die vier Orientierungsvariablen wird durch ihre „bleibende analytische Kraft“ (Heim 1992, S. 102) eine nachhaltige Wirkung auf die medizinsoziologische Betrachtung des Arztes bescheinigt¹⁵⁶. Mit seiner Analyse der Arztrolle bietet Par-

¹⁵⁵ An der Grundfigur des ärztlichen Paternalismus mit der Vorstellung der Führung des Patienten anhand von professionellen Standards durch den Arzt ist z. B. die jüngere Strömung der „Compliance“-Forschung orientiert, die sich mit der Erforschung von Faktoren der Therapietreue des Patienten befasst (vgl. Francke 1994, S. 38-39). Als „Herrschaftsmodell“ und „ideologieträchtige“ Debatte wird die Compliance-Forschung vor allem hinsichtlich ihrer Ausrichtung, eine „effiziente Verhaltenssteuerung der Patienten“ anzuvisieren, kritisch reflektiert (vgl. Heim 1992 S. 105-106).

¹⁵⁶ So hat sich die normative Erwartung der Orientierung des Arztes am Patientenwohl in der Medizinsoziologie etabliert (vgl. Borgetto/ Kälble 2007, S. 166). Legt man andere Kriterien Parsons’ auf die heutige Situation des Arztes an, zeigt sich eine Erosion der klassischen professionellen Merkmale, die

sons ein Konglomerat an Faktoren an, die das ärztliche Handeln über eine wissenschaftliche Beschreibung der ärztlichen Tätigkeit hinaus als soziales Handeln konturieren, indem er den Blick auf z. B. die emotionalen Faktoren des Krankheitserlebens und die hieraus an den Arzt erwachsenden Anforderungen bezüglich der Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion lenkt (vgl. Gerhardt 1991, S. 166). In seiner erkenntnisgenerierenden Funktion wird das Arzt-Patient-Verhältnis bzw. die besondere Funktion des Vertrauens jedoch bei Parsons nur gestreift.

In den 1960er und 1970er Jahren wurde der prinzipiell fruchtbare Ansatz Parsons' durch eine stark machttheoretische Ausrichtung der Medizinsoziologie, die mit den Namen Freidson verbunden wird, in den Hintergrund gedrängt, in der Folge „das Band, das Parsons zwischen Medizin und Soziologie knüpfen konnte, zerrissen“ (Gerhardt 1991, S. 39). Parsons wurde dabei pauschal der Vorwurf gemacht, die „Dominanz der Experten“ (Freidson 1975) durch eine soziologische Flankierung stützen zu wollen, seine Bestimmung der Medizin und ärztlichen Handelns jenseits des Bezugsrahmens eines mechanistischen Menschenbilds zunächst nicht weiter aufgegriffen.

Wenig in den Blick genommen wird von den meisten kritischen Betrachtungen der Arztrolle nach Parsons dessen Konzeption der „Affektneutralität“, die angesichts der Befunde einer Vielzahl von subjektorientierten empirischen Analysen kaum haltbar sein dürfte. Emotion als handlungsbegleitender Umstand findet bei Parsons keine positive Berücksichtigung. Die Bedeutung von Emotionen im Arzt-Patient-Verhältnis wie auch deren Integration durch den Arzt als wichtiges Element professionellen Handelns wird im Laufe dieses Kapitels anhand von diesbezüglichen empirischen Befunden näher in den Blick genommen.

2.3.1.2 Freidson: Kritik an Parsons aus machttheoretischer Perspektive

Die macht- und konfliktsoziologische Strömung der Medizinsoziologie, allen voran Freidson, thematisiert den Professionalisierungsprozess des Arztes in erster Linie als erfolgreiche Durchsetzung standespolitischer Interessen. Freidsons Werk „The Profession of Medicine“

Siegrist 2005 als Aufhebung der Exklusivität durch Mehrfachkonsultationen, Konkurrenz der Expertise durch Internetwissen und Überdehnung des Behandlungsauftrags durch „Lifestylebedürfnisse“ resümiert (vgl. Siegrist 2005, S. 240). In der aktuellen Betrachtung deutlich werden vorwiegend aus der Ökonomisierung der Arztrolle resultierende Konflikte mit Grundpfeilern der professionellen Selbstbestimmung wie allen voran der „Kollektivitätsorientierung“, die angesichts ökonomischer Interessen des Arztes zumindest kritisch betrachtet werden muss (siehe dazu auch Heim 1992, S. 103). Vor dem Hintergrund der „Säkularisierung der Arztrolle“ (Borgetto/ Kälble 2007, S. 163) trägt Parsons' Sichtweise auf das Arzt-Patient-Verhältnis anachronistische Züge.

(1970), in deutscher Übersetzung als „der Ärztestand“ 1979 erschienen, markiert so einen Wendepunkt im Rahmen des medizinsoziologischen Diskurses, indem Freidson im Zuge einer ideologiekritischen Ausrichtung und in direkter Kritik an Parsons das professionelle Konzept der Gemeinwohlorientierung negiert, statt dessen den Begriff der „Marktmacht“ als Strategie der „Konkurrenzreduzierung und Monopolisierung“ einführt (vgl. Francke 1994, S. 27).

Von Interesse ist jedoch in erster Linie Freidsons Perspektive auf das ärztliche Wissen und Handeln, die entscheidende neue Gedanken enthält, die für die vorliegende Arbeit anschlussfähig gemacht werden sollen. Kernelement von Freidsons Argumentation sind hierbei die Abweichungen der ärztlichen Tätigkeit von Kriterien der Wissenschaftlichkeit (vgl. Freidson 1979, S. 137f., S. 286f.), die bei ihm den Ausgangspunkt seiner Verortung der ärztlichen Tätigkeit „in der Nähe gewöhnlicher Berufe“ (Stollberg 2001, S. 9) bildet. Diesbezügliche Charakteristika ärztlichen Handelns sieht Freidson vor allem im „Subjektivismus in seiner Methode“ (Freidson 1979, S. 142) angelegt.

Deutlicher noch wird Freidson in „die Dominanz der Experten“ (1975):

„Selbst bei einer derartig wissenschaftlich fundierten Profession wie der der Medizin und des Arztberufs findet man bloß einen Kernbestand an soliden Fähigkeiten, welche von einer ausgedehnten Fettschicht ungeprüfter Praktiken umgeben ist, die unkritischerweise wegen ihrer Verbindung mit den zentralen Fähigkeiten anerkannt werden.“ (Freidson 1975, S. 128)

Hierbei sieht Freidson „das individuelle Abweichen vom kodifizierten Wissen“ in der Ideologie der Medizin verwurzelt, die diese Praxis nicht nur fördere, sie sogar mit den Prädikaten des „Urteilsvermögens“ und der Weisheit“ versehe (vgl. Freidson 1979, S. 287). So bestimmt Freidson den Arzt in kritischer Absicht als professionellen Akteur, der vorwiegend aufgrund seiner dem Bereich impliziten Wissens zuzurechnenden Expertise handelt. Die Subjektivität des ärztlichen Wissens ist nach Freidson jedoch grundlegend von der „Ausübung und Anwendung von Fachwissen zu unterscheiden“ (ebd., S. 280). Den Arzt als „ziemlich grober Pragmatiker“ (Freidson 1979, S. 142) bezeichnend, erkennt Freidson mit Verweis auf die ärztliche Handlungsanforderung der Problemlösung des konkreten individuellen, von der Statistik abweichenden Einzelfalls (vgl. ebd., S. 138) auf der Ebene praktischen Handelns entscheidende Differenzen zu einer wissenschaftlich definierten Profession.

Als notwendige, an die konkrete Praxis gebundene Wissens- und Handlungsfaktoren werden die „Erfahrung aus erster Hand“ (bzw. sogar die „emotionale Erfahrung“, ebd., S. 142) und die sinnliche Wahrnehmung ins Feld geführt, hierbei auf die Unzulänglichkeit von „Bücherwissen“ in der klinischen Praxis verwiesen (vgl. ebd., S. 140). Das objektive „Fachwissen“ allein sei „außerordentlich begrenzt, denn es ist in Büchern und Köpfen eingeschlossen“ und

habe, „der Definition nach keine Verbindung zu den Tätigkeiten des Konsultierens, Behandelns, Beratens oder sonstigen Arten, das Experte-Sein auszuüben“ (ebd., S. 281). Dies bedeutet bei Freidson jedoch nicht per se den Umkehrschluss einer Anerkennung und Würdigung professionellen ärztlichen Handelns. Die klinische Expertise des Arztes betrachtet Freidson als sozial konstruierte (vgl. ebd., S: 281), subjektive und daher weitgehend „zufällig“ (ebd., S. 223) generierte Wissensressource, der im Zuge einer „klinische(n) Konstruktion von Krankheit“ (ebd., S. 222) „vielleicht unrichtige und künstliche Beziehungen zur Welt“ (ebd., S. 223) zugrunde lägen. In diesem Zusammenhang verweist Freidson jedoch ergänzend auf die größere Fehlerhaftigkeit „begrenzte(r) klinischer Erfahrung“ (ebd., S. 225), räumt der klinischen Erfahrung somit eine gewisse Verlässlichkeit ein.

Abschließend fordert Freidson eine Neuausrichtung des Wissensbegriffs, die an der Relevanz praktischen Handelns orientiert zu sein habe: „Das fehlende Gleichgewicht zwischen Wissen und Tun macht es notwendig, dass wir entweder ‚Wissen‘ neu definieren als etwas, was Menschen im Besitz von Wissen tun, oder das Wissen an und für sich als etwas eigenes herstellen und dann seine Beziehung zu dem analysieren, was Menschen, die über Wissen verfügen, tun sollen.“ (ebd.).

Interessant an Freidsons Konzeption des Arztes als nicht-wissenschaftlich, sondern praktisch Handelndem¹⁵⁷ ist zudem seine daraus abgeleitete Einschätzung dieser Wissens- und Handlungsformen im Sinne einer nicht-vollwertigen Professionalität¹⁵⁸: „Abgesehen von unzuverlässigen klinischen Erfahrungen hat die Profession kein spezielles Fachwissen, aufgrund dessen sie bestimmen könnte, wie sie ihre Behandlung auszuführen hat“ (ebd., S. 284). In diese Argumentationsrichtung fügt sich auch Freidsons Perspektive auf die ärztliche Kunst, die „nicht auf einem Gebäude wissenschaftlichen Wissens (beruht), bestenfalls beruht sie auf üblichen Berufspraktiken, statt auf individuellen Gewohnheiten, wobei weder das eine noch das andere systematisch untersucht wurde“ (ebd.). Hiermit macht Freidson auf das Forschungsdefizit im Bereich des ärztlichen Handelns und Wissens aufmerksam, das bis heute einer adäquaten Einschätzung professionellen ärztlichen Handelns im Weg steht.

¹⁵⁷ In diesem Punkt geht Freidson grundsätzlich mit den im folgenden Kapitel zu erläuternden Einstellungen Polanyis und Dreyfus d' accord.

¹⁵⁸ Im Anschluss an Freidson entstand eine Debatte zwischen den Polen „Dominanz der ärztlichen Profession über Paraprofessionen Pflege, Physiotherapie“ und „Proletarisierung der Ärzte“ (Annendale 1989) (vgl. Stollberg 2001, S. 13).

2.3.2 Deutschsprachige Forschungstradition

Die deutschsprachige Forschungstradition schließt in vielen Punkten an die amerikanischen Begründer an, setzt jedoch auch eigene Akzente. Schwerpunktthemen sind zunächst vor allem die sozialhistorischen Entwicklung und die ökonomischen, politischen und organisationssoziologischen Bedingungen der Gesundheitsberufe, auch hier vorwiegend des „Ärztstands“.

Bezüglich des ärztlichen Professionalisierungsprozesses sind zwei teilweise konkurrierende Positionen vorzufinden. Von der Mehrheit der Autoren wird die ärztliche Professionalisierung als Effekt der Wissenschaftsfundierung der Medizin eingeordnet („Gratifikationsthese“, Bollinger 1988, S. 45), infolge derer der Respekt vor dem wissenschaftlich ausgebildeten Arzt durch seine Befähigung zu Diagnose und Therapie steigt, der Arzt zum „Experten des Körpers“ (Göckenjan 1985, S. 238) wird (siehe dazu A 1.). Eine alternative Interpretation der historischen Entwicklung sieht soziale Dynamiken der erfolgreichen Durchsetzung standespolitischer Interessen des „Ärztstands“ („Interessenthese“, Bollinger 1988, S. 49) als Hauptmotor für den ärztlichen Professionalisierungsprozess an. So spricht Göckenjan von der „Erfindung des ärztlichen Standes“ (Göckenjan 1985, S. 267), Bollinger perspektiviert die Entwicklung der zunehmenden Institutionalisierung von Privilegien als „das kollektive soziale Projekt“, Bollinger 1988, S. 59). Charakteristisch für die deutschsprachige Professionssoziologie im Vergleich zur US-Soziologie ist weiterhin ein deutlich enger an den Kriterien wissenschaftsbasierten Handelns angelegte Professionsbegriff, sowie eine gewisse Sonderstellung der „alten“, „traditionellen“ akademischen Berufe¹⁵⁹ Ärzte, Rechtsanwälte und Professoren (vgl. Huerkamp 1985, S. 19). So wird in Abhängigkeit von der Ursachenzuschreibung der Grundlagen des ärztlichen Professionalisierungsprozesses auch die „Ärztliche Kunst“ unterschiedlich bewertet: Entweder als überwundener, vormoderner Bestandteil des ärztlichen Handelns, oder als Argument der standespolitischen Interessenvertretung (z. B. von Göckenjan 1992, S. 120-121).

Im Fokus des für die vorliegende Arbeit relevanten Ausschnitts des weiten Feldes der Medizinsoziologie standen hauptsächlich die Erforschungen von Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, später der Technikeinsatz in der Medizin und dessen Folgen für die Entwicklung und das Leistungsspektrum medizinischer Versorgung sowie die daraus resultierenden ethischen Probleme im Spannungsfeld zwischen medizinischer Technik und Humanität im Krankenhaus

¹⁵⁹ Sowohl bei Parsons als auch bei Freidson – trotz ihrer grundsätzlich gegensätzlichen Sichtweise – wird der Arzt als der Gruppe der beratenden Berufe zugehörig als „Experte“ verstanden. Bei Parsons ist hierfür das Kriterium der funktionalen Spezifität, bei Freidson seine Sichtweise auf den Arzt als nicht vollwertige, da nicht rein wissenschaftlich arbeitende, Profession ausschlaggebend.

(vgl. Bauch 2000, S. 20)¹⁶⁰. Z. B. betont Siegrist im Anschluss an seine Analyse „Arbeit und Interaktion im Krankenhaus“ (1978) die hohe Bedeutung von Kooperationsbeziehungen im Krankenhaus sowie vor diesem Hintergrund die geringe Technisierbarkeit von Arbeitsvollzügen (ebd., S. 71), Badura/ Feuerstein konstatieren einen „Überschuss an technischer Rationalität im klinischen Versorgungsangebot“ (Badura/ Feuerstein 1996, S. 14) (siehe dazu A 2.).

2.3.2.1 Rohdes „Soziologie des Krankenhauses“

Auch in der deutschsprachigen Forschungstradition stand das Krankenhaus von Beginn an in Zentrum der Betrachtung. Der Grund für das Forschungsinteresse an der Institution Krankenhauses liegt unter anderem in dessen besonderer, einerseits äußerst komplexer, andererseits aufgrund seiner starken Formalisierung soziologischer Analyse gut zugänglicher Struktur begründet (vgl. Bauch 2000, S. 83f.). Eine grundlegende Strukturanalyse des modernen Akutkrankenhauses leistet Rohde mit seiner „Soziologie des Krankenhauses“ (1962) im Rahmen derer er, neben der Rolle des mit dem Eintritt in die „fremde Kultur“ Krankenhaus einer Depersonalisierung ausgesetzten Patienten auch die Rolle des Arztes betrachtet. Ein zweiter Schwerpunkt Rohdes ist die Betrachtung der teils widersprüchlichen Rollenanforderungen an den Arzt im Rahmen des komplexen institutionellen Gefüges Krankenhaus. Vor dem Hintergrund der „Zielkomplexität“ des Krankenhauses müsse der Arzt als „Funktionsträger in relativ zentralen Positionen“ (ebd., S. 85) in konkurrierenden Zielbereichen¹⁶¹ und differenten sozialen Bezugsfeldern gleichzeitig agieren und situativ entscheiden, welchen Verhaltensanforderungen er Priorität einräumt (vgl. ebd., S. 84). Aus dem sich offenbar schon 1962 andeutenden Konflikt der ökonomischen Ressourcenbegrenzung und den ärztlichen Sorgfaltspflichten entstünde die „Neigung, den Umgang mit Patienten auf ein technisch-objektives Minimum zu beschränken, sich vor den Kommunikationsbedürfnissen abzuschirmen“ (ebd., S. 85). Einer gänzlichen Unterordnung unter das „Formalziel“ (ebd., S. 89) der betriebswirtschaftlichen Führung könne sich der Arzt jedoch unter Verweis auf sein professionelles Ethos entziehen (vgl. ebd., S. 86).

¹⁶⁰ In diesem Zusammenhang moniert Bauch 2000 ein „Theoriedefizit“ der Medizinsoziologie, die aus unverbundenen Einzelanalysen bestünde, insgesamt „theoretisch wenig elaboriert sei“ (ebd.)

¹⁶¹ Interessanterweise konzipiert Rohde den „medizinischen Zielkomplex“ über die Verhaltensanforderungen „kritisch-rationale Analysen“, professionelle Handhabungen“ und „routinisierte Bewältigungsformen“ (ebd.).

Vertiefend zu betrachten ist Rohdes Interpretation der Arztrolle, die er eng an Parsons Konzeption anhand der vier Orientierungsalternativen anbindet. Hierbei ist vor dem Hintergrund des Forschungsinteresses der vorliegenden Arbeit insbesondere Rohdes Argumentation in Bezug auf die Variablen der „funktionalen Spezifität“ und der „affektiven Neutralität“ als sinnvolle „Rollennormen“ (Rohde 1962, S. 259) näher zu beleuchten. Rohde verteidigt eine solchermaßen verstandene Arztrolle als angemessene soziologische Beschreibung einer zunehmend spezialisierten Profession gegen die gängigen Anwürfe der Ablösung vom „Corpus Hippocraticum“ (vgl. ebd., S. 260) bzw. die von ihm unter Ideologieverdacht gestellte Klage des „Verlust(s) des Mensch zu Mensch-Arztums“ (vgl. ebd., S. 38-39), die er als retrospektive Idealisierung „eines überkommenen und ideologisch gestützten Leitbilds“ (ebd., S. 40) brandmarkt, sich zugleich gegen die „Freundschaft- und Liebesideologie im Arztberuf“ (ebd., S. 250) wendet. Eine solche, als „falsche Rolleninterpretation“ (ebd., S. 41) bezeichnete sachlich inadäquate Verzerrung „auf Grund der emotional gestörten“ (ebd.) Situation (hierbei meint Rohde: durch Emotionalität gestörte Situation) der Arzt-Patient-Begegnung ist nach Rohde nur durch eine „objektive Orientierung der Arztrolle“ zu vermeiden (vgl. ebd.). Niemand könne „im Ernst bestreiten, dass diese wissenschaftliche Objektivität in der Orientierung der Rolle des Arztes grundlegend ist“ (ebd., S. 40). So dürfe „man sicher behaupten, dass eine affektneutrale Orientierung unter den gegebenen Verhältnissen funktionsnotwendig ist“ (ebd.). Als „zweifelhaftes Ansinnen“ (ebd., S. 41) beurteilt wird dementsprechend die aus der „Forderung nach einer menschlich-personalen Totalbeziehung“ abzuleitende Idee, „in einen Komplex objektiv-zielgerichteter Verhaltensformen – gewissermaßen normativ – imponderabile und daher labile psychische Persönlichkeitsqualitäten einschließen zu lassen, die gerade wegen ihrer Labilität leicht zu Störungsfaktoren werden können“ (ebd., S. 41). In diesem Punkt vertritt Rohde eine der machttheoretischen Strömung der Professionssoziologie entsprechende Sichtweise auf die Frage der ärztlichen Handlungsautonomie bzw. deren Kontrolle, die sich hinter seiner Beharrung auf der Funktion „funktionaler Spezifität“ verbirgt. Stärker als Parsons betrachtet Rohde Emotionalität in der Arzt-Patient-Interaktion als Störvariable. Diese Perspektive wurzelt bei Rohde in einer noch stärker an formale Kriterien anschließenden Bestimmung der professionellen Kompetenz des Arztes, die er vorrangig als „medizinisches Wissen“ und „medizinisch-praktische Kompetenz“ (ebd., S. 240) versteht, in Bezug auf den letzten Punkt, der sich auf das praktische (Erfahrungs-) Wissen bezieht, jedoch durchgehend vage bleibt. So ist bei Rohde eine Abwertung dieser Wissensressourcen zu erkennen, insbesondere hinsichtlich der traditionell anerkannten Erfahrung, unterstellt er dem Arzt „Sehnsucht nach der guten alten Zeit, da man noch mit einiger Selbstsicherheit aus der Fülle persönlicher Erfahrung in Diagnose und Therapie schöpfen konnte“ (ebd., S. 38). Aus dieser Sichtweise heraus kommentiert Rohde auch die oftmals angeführte Analogie ärztlichen

und künstlerischen Handelns, die sich „auf den rational nicht aufschließbaren Rest der ärztlichen Tätigkeit“ (ebd., S. 263) beziehe, von Rohde als deren „rollenwidrige Schattenseiten“ bzw. „boshaft gesprochen, berufsideologischer Deckmantel für rollenwidrige Disziplinbrüche“ (ebd.) bezeichnet, und plädiert, vor allem vor dem Hintergrund der ärztlichen Verantwortung für Leben und Tod, für eine emotionale Neutralisierung ärztlichen Handelns (vgl. ebd.).

Der Gedanke einer technisch definierten Kompetenz als „reale Funktion“ (ebd., S. 250) des „Spezialisten“ (ebd., S. 40) Arzt bei Rohde ist als reduzierende Betrachtungsweise der ärztlichen Tätigkeit zu kritisieren. Wenn auch Rohde einräumt, dass sich die Arbeit im Krankenhaus nicht durchgängig in ähnlich geplanten (...) Bahnen abspielt, wie etwa in einem durchrationalisierten Industriebetrieb“ (ebd., S. 264), werden in seiner Betrachtung wesentliche Aspekte praktischen ärztlichen Handelns ausgeblendet. Hierbei zeigt sich Rohdes Analyse wenig an der Handlungsebene orientiert, da emotionale Dispositionen der Handlungssubjekte in seiner idealtypischen Bestimmung der ärztlichen Rolle und Funktion nur als Störvariablen Berücksichtigung finden. Zudem ist bei Rohde die für die Professionssoziologie weitgehend charakteristische Trennung von „personeller Ebene“ und „Bearbeitungsebene“ (Böhle 2006, siehe B 4.3.2.) zu erkennen, durch welche Emotionen nur im Hinblick auf normative Verhaltenserwartungen integriert, nicht jedoch hinsichtlich ihrer Relevanz auf Handlungsebene (z. B. als Erkenntnismedium) betrachtet werden.

2.3.2.2 Die jüngere Forschung und deren Schwerpunkte

Wie schon erwähnt, ist die Fülle der Forschungsarbeiten rund um die ärztliche Tätigkeit kaum zu überblicken. Die im Folgenden benannten Schwerpunkte sind daher allenfalls im Sinne eines kursorischen Überblicks zu verstehen, der durch das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit geleitet ist.

„Das ärztliche Gespräch“ ist Thema einer mittlerweile unüberschaubaren Anzahl empirischer Analysen und Abhandlungen und muss als der intensiv beforschtete Aspekt ärztlichen Handelns gelten. Einige Arbeiten dieses Forschungszweigs werden hinsichtlich der Analyse des ärztlichen Arbeitshandelns zu vertiefen sein.

Die Gegenwartsforschung wird von kritischen Analysen der ökonomisierten Medizin bestimmen, von denen einige unter A 3. aufgegriffen wurden.

Hervorzuheben ist des Weiteren die umfassende empirische Analyse der Komplexität ärztlicher Entscheidungsprozesse „im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität“ (Titel

Vogd 2004a), auf die sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit an verschiedenen Stellen bezogen wird.

Fragestellung ärztlicher Ethik (z. B. Schölmerich 1990: „Ärztliches Handeln im Grenzbereich zwischen Leben und Sterben“) gehen in der Regel über den in der vorliegenden Arbeit fokussierten Aspekt des ärztlichen Wissens und Handelns hinaus, indem sie das ärztliche Handeln insbesondere in „Grenzsituationen“ hinsichtlich seiner ethische Orientierung hinterfragen. Diese Betrachtungen sind zweifellos in eine Betrachtung der ärztlichen Tätigkeit als komplexes, von verschiedensten Logiken bestimmtes Handeln einzubeziehen, können jedoch an dieser Stelle kaum erschöpfend behandelt werden. In einer Vielzahl der hier reflektierten Analysen ärztlichen Handelns, insbesondere denen, die explizit die Frage nach dem „guten Arzt“ stellen (z. B. v. Troschke 2004, Dörner 2001, Wettreck 1999) tritt der Aspekt der ärztlichen Ethik jedoch zumindest in seiner Bedeutung als Element einer einem ursprünglichen Gedanken von „Ärztlichkeit“ (Wettreck 1999) verhafteten Orientierung zutage. Deutlich werden an dieser Stelle vor allem auch die Konflikte des ärztlichen Ethos mit den Anforderungen ökonomisierten und zunehmend entindividualisierten Medizin.

Eine vieldiskutierte Thematik und daher zu vertiefende Fragestellung war zeitweise die einer möglichen Deprofessionalisierung des „Ärztstandes“. Indikatoren für eine solche Entwicklung lassen sich seit geraumer Zeit finden, insbesondere, wenn man für den Arzt die „klassischen“ professionssoziologischen Maßstäbe bezüglich der „alten“ Professionen (Ärzte, Rechtsanwälte, Professoren, vgl. Huerkamp 1985, S. 19) anlegt¹⁶². So erscheinen die Ärzte insgesamt „den Zenit ihres professionellen, allgemein gesellschaftlich anerkannten, gegen jegliche Kritik von außen abgeschirmten Status überschritten“ (Huerkamp 1985, S. 10) zu haben. Deutliche Anzeichen hierfür sieht Unschuld 1978 in der Zunahme von Kunstfehlerprozessen gegen Ärzte (vgl. Bollinger/ Hohl 1981, S. 442). Auch die ökonomisch privilegierte Position des Arztes befindet sich deutlich im Abwind. Nach einer langen Phase der „Dynamisierung der Arzteinkommen“ (Siegrist 2005, S. 329), nicht zuletzt unterstützt durch eine massive Partizipation an der Ausweitung des medizinisch-technischen Leistungsgeschehens bis weit in die 1980er Jahre, ist ein zumindest „partieller Abbau ärztlicher Privilegien“ (ebd.)

¹⁶² Diese beziehen sich größtenteils auf die „personalen Ebene“ (siehe dazu B 4.3.2.), die sich auf soziale Aspekte (wie den professionsspezifischen Habitus, besondere Ansprüche und Verpflichtungen, vgl. Bollinger 1988, S. 150, bzw. allgemein auf eine „professionstypische Formung der Persönlichkeit“, Bollinger/ Hohl 1981, S. 445) richtet.

Bollinger konstatiert einen „Doppelcharakter der ärztlichen Profession“ (Bollinger 1988, S. 149f.) im Sinne eines parallelen Bestehens von „alten“ und „modernen“ professionellen Elementen. Als „moderne Elemente“ betrachtet er im engeren Sinne „funktionsspezifische Fähigkeitsbündel“ (ebd., S. 150).

festzustellen. Zudem merken Bollinger/ Hohl an, die öffentliche Diskussion um die Angemessenheit von Ärztegehältern sei ein „Moment, das der Profession zutiefst widerspricht“ (Bollinger/ Hohl 1981, S. 460).

Jenseits dieser äußeren Merkmale eines Deprofessionalisierungsprozesses im Sinne eines Verlusts von sozialem Ansehen und Autorität ist für die vorliegende Arbeit der Aspekt der Einschränkung der ärztlichen Handlungsautonomie durch eine Veränderung der Rahmenbedingungen der Arbeitsorganisation von Interesse. Eine diesen Punkt zentral stellende professionalisierungstheoretische Diskussion bezieht sich in engem Sinne auf arbeitsinhaltliche Aspekte als Kriterium für eine Deprofessionalisierung im Sinne einer „Verberuflichung“ (vgl. Bollinger/ Hohl 1981, S. 443). Fokussiert werden in diesem Zusammenhang spezielle Eigenheiten des professionellen Arbeitshandelns jenseits eines „technisch-instrumentellen“ Wissens, dem Charakteristikum von Berufen im Unterschied zu den Professionen, welche darüber hinaus über „tradiertes Erfahrungswissen bestimmt werden (vgl. ebd., S. 452). Jenseits der Fragestellung der Angemessenheit von Professionen in der funktional differenzierten Gesellschaft¹⁶³ sind nach Bollinger/ Hohl mit der „Transformation der Medizin in einen „normalen Beruf“ Entwicklungen mit „gravierenden Konsequenzen“ angesprochen (vgl. ebd., S. 460).

Als maßgebliche Faktoren des ärztlichen Deprofessionalisierungsprozesses (bzw. Verberuflichungsprozesses) zu nennen sind in dieser Hinsicht sowohl die Technisierung des ärztlichen Handlungsfelds (mit der Folge der „Einschränkung der handwerklich-kreativen Potenzen“, ebd. S. 458) als auch die Verengung der ärztlichen Tätigkeit auf einen „reduktionistischen naturwissenschaftlichen Blick“ (ebd., S. 440), der im Rahmen der Verabschiedung vom ganzheitlichen Gedanken auf ein begrenztes funktionsspezifisches professionelles Wissen des Arztes rekurriert, den Arzt so gleichsam zum „Facharbeiter für angewandte Medizinalwissenschaft“ (ebd., S. 461) degradiert.

In dieser Hinsicht ist die in den letzten Jahren zu verzeichnende Zunahme externer Kontrollen des ärztlichen Arbeitshandelns durch die zunehmende Bürokratisierung und Ökonomisierung der ärztlichen Tätigkeit, so durch Evaluation der Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung durch das Qualitätsmanagement, als „stärkste Bedrohung“ (Siegrist 2005, S. 329) der Profession zu betrachten. Siegrist konstatiert diesbezüglich sogar einen „globalen Trend

¹⁶³ So werden Professionen z. B. prominent von Stichweh, als Relikte der ständischen Gesellschaft betrachtet (vgl. Vogd 2004, S. 417, S. 420), auch von Bollinger prinzipiell als „anachronistische“ Form der Arbeitsorganisation angesehen (vgl. Bollinger 1988, S. 26).

der Deprofessionalisierung“ (ebd., S. 233) im Kontext des marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesens. Teilweise versteckt, subtil bzw. vielfach wenig offenkundig, jedoch sicherlich nicht wenig folgenreich wirken sich die Prozesse der Überformung ärztlichen Handelns durch die makrostrukturellen Entwicklungen (thematisiert in Teil A) aus. Der Status der ärztlichen Profession ist vor allem im Hinblick auf den historischen Wandlungsprozess des Arztes viel diskutiert, vor dem Hintergrund verschärfter Technisierung, Ökonomisierung und nicht zuletzt Verwissenschaftlichung sicherlich neu zu bestimmen.

Neues Feuer erhält der seit langem geführte Deprofessionalisierungsdiskurs durch das Aufkommen der evidenzbasierten Medizin (siehe dazu auch A 1.), die eine wissenschaftlich abgesicherte Standardisierung ärztlichen Handelns unterstützt. So steht in offenkundigster Weise bei einer konsequenten Anwendung der evidenzbasierten Medizin das professionelle Merkmal der „ärztlichen Therapiefreiheit“ zur Disposition, Freiräume ärztlichen Ermessens werden systematisch verkleinert, zudem werde die ärztliche Intuition zugunsten eines Handelns nach Schema ausgebremst. So wird argumentiert, die evidenzbasierte Medizin beseitige die „Freiheit ärztlichen Handelns“ und die „ärztliche Kunst“ und führe zu einer „Entakademisierung der Medizin“ (vgl. Vogd 2002, S. 299)¹⁶⁴. Wenig verwunderlich gibt es allein aus diesem Grund Widerstände aus den ärztlichen Reihen (vgl. Hoppe 2005). Aus professionstheoretischer Sicht wird diese Entwicklung überwiegend im Sinne einer weiteren Deprofessionalisierung, teils auch ambivalent oder sogar als Chance zu einer Re-Professionalisierung des Arztes beurteilt. So könne nach Vogd die evidenzbasierte Medizin als Form der Wissensinszenierung einer Medizin, die an Autorität verloren hat, verstanden werden, der Arzt hierdurch an Autorität zurückgewinnen (vgl. Vogd 2002, S. 311). Wesentlich überzeugter spricht Siegrist von der evidenzbasierten Medizin als „wirksame Strategie professioneller Selbstbehauptung“ (Siegrist 2005, S. 234). Eine andere Einschätzung hat Neumann, der den Arzt durch die evidenzbasierte Medizin zunehmend in die Rolle als „Datenverwalter“ (Neumann 2006, S. 335) manövriert sieht. Die rege Diskussion verdeutlicht eine erhebliche Erschütterung in der tradierten Betrachtung des Wesens ärztlicher Professionalität, die für den modernen Arzt kaum mehr applizierbar erscheint. So geht der Systemtheoretiker Stichweh von einer Aufspaltung der Profession in „akademisch-scientifische“ und „professionell-klientenbezogene Eliten“ auf, die im Unterschied zu Deutschland im anglo-amerikanischen Raum sowohl personell als auch institutionell vollzogen werde (vgl. Vogd 2004a, S.14). Lützenkirchen resümiert die polarisierte Debatte als „konkurrierende Prognosen“ ohne empirische Grundlage (vgl. Lützenkirchen 2004, S. 426).

2.3.3 Analysen und Befunde zum ärztlichen Handeln

Das ärztliche Arbeitshandeln als solches muss aus grundlagentheoretischer Sicht als nach wie vor (zu) wenig beforscht gelten¹⁶⁵. Arbeiten in diesem Feld haben zumeist *singuläre Aspekte* im Blick, während die Grundlagen des ärztlichen Wissens und Handelns in seinen äußerst komplexen Rahmenbedingungen nur selten thematisiert werden¹⁶⁶. Mit dem folgenden Überblick über den „State of the Art“ zum ärztlichen Wissen und Handeln aus der Perspektive unterschiedlicher Fachrichtungen und Forschungsperspektiven soll eine Zusammenschau von Analysen und empirischen Befunden zum ärztlichen Handeln geleistet werden.

Wie zuvor dargelegt, konnten durch die Expertiseforschung weitreichende Bestandteile der ärztlichen Expertise als implizites Wissen aufgezeigt werden. Höchstens schemenhaft klar wird hierdurch jedoch, um welche Kenntnisse und Fähigkeiten es sich dabei letztendlich handelt und in welchen Situationen diese erforderlich werden. Mithilfe der getroffenen Auswahl an Forschungsarbeiten sollen diesbezüglich neue Aspekte ergänzt werden. Im Zuge dessen sind auch die bekannten Schlagworte zur Beschreibung besonderer Kompetenzen des Arztes bzw. der ärztlichen Kunst (wie der „ärztliche Blick“, die „ärztliche Intuition“) auf ihren Gehalt zu prüfen. In den wissenschaftlichen Beiträgen, die sich mit der ärztlichen Tätigkeit befassen, finden sich eine Vielzahl von Hinweisen auf die hier fokussierten „anderen“ Aspekte ärztlichen Handelns und Wissens. Insbesondere den empirischen Untersuchungen lassen sich massive Anhaltspunkte dafür entnehmen, dass sich vielfach Abweichungen ärztlichen Handelns vom Konzept planmäßig-objektivierenden Handelns als funktional erforderlich zur Bewältigung ärztlicher Arbeitsaufgaben zeigen. Ziel der Auswertung wissenschaftlicher Beiträge, die auch diese „andere Seite“ ärztlichen Wissens und Handelns in den Blick nehmen (bzw. diese nicht ausblenden)¹⁶⁷ ist die Entfaltung einer differenzierteren Sichtweise auf die ärztli-

¹⁶⁴ Siehe dazu ausführlicher A 1.

¹⁶⁵ Auf diesen Umstand verweist bereits Wieland 1975 (Vorwort), als diese Feststellung wohl noch in höherem Masse zutraf. Insbesondere die Medizin habe sich deutlich weniger als andere Disziplinen an der wissenschaftstheoretischen Diskussion der Grundlagen des eigenen Fachs beteiligt (ebd., S. 23). Dies hat sich insbesondere in den letzten Jahren durch eine Vielzahl von kritischen Beiträgen von Ärzten zur Entwicklung der modernen Medizin geändert, die u. a. im Folgenden aufgegriffen werden. Mit den im Rahmen dieses Kapitel vorgestellten Arbeiten, die alle jüngeren Datums sind, kann ein vielschichtiges Bild der ärztlichen Tätigkeit entworfen werden.

¹⁶⁶ Eine Ausnahme stellt hierbei die Untersuchung von Christina Schachtner 1999 dar, die ausführlich im Rahmen des Kapitels C 1. behandelt wird und den empirischen Grundstein dieser Arbeit bildet.

¹⁶⁷ In einigen Arbeiten klingen die nun in den Blick zu nehmenden Elemente und Aspekte der ärztlichen Praxis nur subtil an bzw. erscheinen dennoch im Rahmen eines als kognitiv-rational dargestellten Prozesses (z. B. bei Marckmann 2003, S. 67) als tragende Elemente des ärztlichen Handelns.

che Praxis, deren systematische Untersuchung in ihrer Eigenschaft als einerseits menschen- und zugleich wissenschaftsbasierte Tätigkeit bislang aussteht.

2.3.3.1 Randbedingungen der ärztlichen Praxis

Aufzugreifen sind zunächst, bevor die Befunde zu den konkreten Erscheinungsformen ärztlichen Wissens und Handelns in der ärztlichen Praxis vorgestellt werden, einige grundlegende Betrachtungen der ärztlichen Tätigkeit, die verdeutlichen, dass die ärztliche Praxis als ein Handlungsfeld zu betrachten ist, dessen Handlungslogiken prinzipiell von einem planmäßig-objektivierenden Handeln abweichen¹⁶⁸. Im Folgenden zu benennen sind in Kürze die in diesem Zusammenhang häufig angeführten Charakteristika der ärztlichen Praxis.

„Unwissenschaftlichkeit“ ärztlichen Handelns

Entgegen der Annahme der Medizin als stark verwissenschaftlichtes Handlungsfeld stößt Wagner 1995 im Rahmen seiner empirischen Untersuchung im Zusammenhang mit den Potentialen des „Diagnosecomputers“ (siehe hierzu B 2.2.3.) auf zahlreiche Äußerungen erfahrener Ärzte, die die „Unwissenschaftlichkeit“ der Medizin bzw. ihre scheinbare „Konzeptlosigkeit“ im Sinne einer Unmöglichkeit der Anwendung formaler Regeln und Prozeduren belegen: „Ärztliche Arbeit ist nichts, was irgendwo definiert ist und was umrissen werden kann mit klassischen Methoden. (...) Es gibt kein Konzept, halbwegs wissenschaftlich in der Medizin zu arbeiten“ (Wagner 1996, S. 267). Auch Vogd konstatiert: „Zwischen harter medizinischer Wissenschaft und ärztlicher Praxis klafft eine Lücke“ (Vogd 2004a, S. 23) Erwähnenswert ist weiterhin, dass Vogd weiter argumentiert, dass diese Lücke „im ‚Golden Age of Medicine‘ noch durch die Konzeption der ärztlichen Kunst gefüllt werden konnte“ (ebd.), diesbezüglich jedoch eine geringere Akzeptanz in der Medizin der Gegenwart ausmacht.

Konzeptionen der „Heilkunde als Handlungswissenschaft“ (Bier 1926, zitiert in Anschütz 1987, S. 177), bzw. der Medizin als „praktische Wissenschaft“¹⁶⁹ (Wieland 2004, S. 12) oder „angewandte Wissenschaft“ sind offenbar weitgehend Konsens (vgl. v. Troschke 2004, S.

¹⁶⁸ Dass dies der Fall ist, belegt Vogd im Rahmen seiner umfassenden empirischen Analyse ärztlichen Handelns im Setting des von verschiedenen Rationalitäten bestimmten Krankenhauses, wobei bei Vogd vor allem das Spannungsfeld ärztlicher Entscheidungsprozesse mit Logiken der Ökonomisierung und mikrosozialen Dynamiken als „soziale Prozesse ärztlichen Entscheidens“ (Vogd 2004a, S. 21) im Vordergrund steht.

¹⁶⁹ Auch diese Definitionen sind Gegenstand von Kontroversen. Die Konzeption der Medizin als Wissenschaft wird jedoch einhellig abgelehnt, diene sie allein von ihrem Zweck her nicht in erster Linie der Wissensproduktion sondern der Heilung individueller Personen (vgl. Marckmann 2003, S. 63-64).

142) und lenken den Blick auf die Relevanz der Ebene praktischen Handelns. Die Konzeption der Medizin als Wissenschaft wird zumeist abgelehnt, diene sie allein von ihrem Zweck her nicht in erster Linie der Wissensproduktion sondern der Heilung individueller Personen (vgl. Marckmann 2003, S. 63-64). So verweist insbesondere Wieland darauf, dass die Medizin per se in erster Linie auf das Handeln gerichtet sei (vgl. Wieland 2004, S. 30).

Unsicherheit ärztlicher Praxis

Vielfach thematisiert wird die Unsicherheit der ärztlichen Praxis als zentrales Wesensmerkmal klinischer Arbeit aufgrund der begrenzten Kontrollierbarkeit somatischer Prozesse, worauf bereits Parsons verweist (vgl. Badura 1996, S. 25). Das bekannte Diktum nach Frommhold von den verschiedenen Phasen ärztlichen Könnenserwerbs als zunächst „unberechtigte Sicherheit“, dann „berechtigte Unsicherheit“, später „unberechtigte Unsicherheit“ und schließlich „berechtigte Sicherheit“ (zitiert in Anschütz 1987, S. 192) muss, zumindest was den Endzustand der „berechtigten Sicherheit“ angeht, als Illusion oder Wunschdenken bewertet werden. Unsicherheit bleibt angesichts der Komplexität der Krankheitsursachen das die ärztliche Praxis prägende Momentum, wie der US-amerikanische Arzt Groopman befindet: „Medicine is, at its core, an uncertain science“ (Groopman 2007, S. 7). Vogd verweist in diesem Zusammenhang auf den Bearbeitungsgegenstand „Körper des Patienten“ als „black box mit einer nie ganz berechenbaren Eigenaktivität“ aufgrund derer sich ärztliches Handeln „immer in einem Raum der Unsicherheit“ abspiele (vgl. Vogd 2004a, S. 20). An die Entscheidungspsychologie angelehnt, wird das daher Entscheidungsmoment im ärztlichen Handeln als „Entscheiden unter Unsicherheit“ thematisiert¹⁷⁰ (z. B. von Vogd 2004a, S. 21f.).

Insgesamt erscheint die ärztliche Praxis von verschiedensten Unwägbarkeiten bestimmt. Die Situativität der Begegnung von Individuen im Rahmen eines großen Spektrums von geistigen, psychischen und physischen Verfassungen sind nur einige wenige Variablen, die die Unsicherheit des ärztlichen Handelns erzeugen. Diese werde noch verstärkt durch die mit der „Informationsexplosion“ neu hinzugekommenen Unsicherheitszonen im Sinne „reflexiver Unsicherheit“ (Wagner 1995). Diesbezüglich verweist Wagner 1995 auf die „Autorität des erfahrenen Kliniklers“ „als wichtigste Ressource der Reduzierung einfacher Unsicherheit“ (Wagner

¹⁷⁰ Das Moment der ärztlichen Entscheidung wurde verschiedentlich untersucht und dabei als ein von vielen, auch nicht-medizinischen, und stark situationsabhängigen Faktoren geleiteter Prozess enttarnt: „Medizinische Entscheidungsfindung stellt sich damit in concreto als ein Konglomerat aus expliziten, impliziten kontrollierten und unkontrollierten, systemisch legitimen und illegitimen Kriterien und Motiven dar“ (Wettreck 1999, S. 107), weshalb es häufig als „Störgröße medizinischer Wissenschaftlichkeit“ betrachtet wird, die es zu normieren und auszuschalten gelte (vgl. ebd., S. 108).

1995, S. 268). Auch kann die ärztliche Praxis als „organisierte Unsicherheit“ (Schubert 2006, S. 109) betrachtet werden.

Mangelnde Formalisierbarkeit ärztlichen Handelns

Lange Zeit wurde davon ausgegangen, den ärztlichen Erkenntnisprozess abbilden zu können (siehe dazu B 2.2.3.). Bekannt sind Darstellungen des ärztlichen Erkenntnisvorgangs im Rahmen von Phasenmodellen, wie z. B. im Rahmen des „diagnostisch-therapeutischen Zirkels“ nach Uexküll/ Wesiack (vgl. Marckmann 2003, S. 68). Verwiesen wird hierbei jedoch vor allem in jüngerer Zeit stets auf die Grenzen der Generalisierbarkeit und in diesem Zusammenhang auch unzureichenden Modellierbarkeit des ärztlichen Erkenntnisprozesses aufgrund der Vielzahl von situativen Variablen und des Wesens der ärztlichen Wissensressourcen jenseits einer Formalisierbarkeit (vgl. ebd., S. 67-68).

Beispielhaft sei auf kritische Anmerkungen in der Betrachtung des so genannten „Normalwerts“ verwiesen. In einer an das biomedizinische Modell angelehnten Definition von Krankheit markiert dieser die Grenze zwischen einer pathologischen Erscheinung und der Gesundheit des Patienten. Generell, jedoch „insbesondere bei der Befundung bildgebender Verfahren“ sei eine Norm jedoch wenig aussagekräftig (vgl. Anschütz 1987, S. 235), oftmals „willkürlich“ (ebd., S. 236). Eine Anforderung an den Arzt ist daher das Erkennen der „Grenzen des Normalwerts“ (ebd., S. 244) bzw. die Einstufung der Aussagekraft eines Befunds anhand von Kriterien, die sich nicht auf formales Wissen reduzieren lassen. Ein an allgemeinen Richtwerten orientiertes Handeln erscheint in vielen Fällen kaum möglich oder zielführend: „Ich habe immer wieder erlebt, dass diese Handlungsanweisungen im Einzelfall nur selten zu treffen“ (Fintelman 2001, S. 32).

Unschärf definiertes Handlungsfeld

Aufgrund der sie begleitenden Unsicherheitsfaktoren und der mangelnden Generalisierbarkeit von Entscheidungsregeln qualifiziert sich die ärztliche Tätigkeit als unschärf konturiertes bzw. „schlecht strukturiertes“ (Marckmann 2003, S. 67) Handlungsfeld. Grenzen logisch-diskursiven Denkens¹⁷¹ werden vor allem in diesen unschärf definierten oder auch „kritischen“ Situationen deutlich, zu deren Bewältigung bestimmte Fähigkeiten und Strategien erforderlich werden. So betont es auch Vogd in seiner Analyse ärztlicher Entscheidungsprozesse in Abgrenzung zur kognitionswissenschaftlichen Perspektive als

¹⁷¹ So ist auch der (planmäßig-) rational handelnde Arzt als „Fiktion“ (Anschütz 1987, Vorwort) oder, wie Vogd es bezeichnet, als „scholastischer Irrtum“ (Vogd 2004a, S. 105), einzustufen.

Stärke menschlichen Handelns, „in hyperkomplexen Handlungssystemen“ „angesichts unscharfer Problemdefinitionen schnell und sicher zu einer Handlungsorientierung zu gelangen“ (Vogd 2004a, S. 53).

Die dargestellten Voraussetzungen und Charakteristika der ärztlichen Praxis markieren die Grenzen eines planmäßig-objektivierenden Handlungsbegriffs im Bereich des ärztlichen Handelns. So sieht Göckenjan in seiner historischen Analyse des ärztlichen Wissens und Handelns die alltägliche Praxis von ‚Kunst‘ getragen, so in der der „Fähigkeit, zu je situativ erforderlichen Abweichungen“ bei der Bewältigung ambivalenter Situationen (Göckenjan 1992, S. 120): „Wo man nichts Genaues weiß, ist Einfühlungsvermögen, Zufall oder vorsichtiges Herumprobieren von großer Bedeutung. Dieses Überbrücken der Kenntnislücken ist die ‚Kunst‘ in der Ausübung der Medizin“ (ebd.). Im Folgenden in den Blick zu nehmen sind die zentralen Themenfelder der Forschung zum ärztlichen Wissen und Handeln. Die Analysen und Befunde zur ärztlichen Tätigkeit bestimmen das ärztliche Handeln hinsichtlich vieler Aspekte jenseits eines wissenschaftlich-rationalen Handelns. Deutlich werden in diesem Zusammenhang stetige Referenzen zur ‚Ärztlichen Kunst‘ bzw. zu mit ihr assoziierten Phänomenen.

2.3.3.2 (Beziehungsgestaltung im) Arzt-Patient-Verhältnis

Das Arzt-Patient-Verhältnis als „Nukleus der Medizin“ (Bergdolt 2006, S. 20) war von jeher in besonderem Masse Gegenstand der Betrachtung der ärztlichen Tätigkeit und findet derzeit vor allem unter dem Aspekt eines im Wandel begriffenen Verhältnisses Beachtung. So darf die Arzt-Patient-Beziehung nicht im „sozialen Vakuum“ angesiedelt, sondern muss vielmehr als von gesellschaftlichen Entwicklungen mitstrukturiert betrachtet werden (vgl. Künemund 2006, S. 173). Kritisch werden hierbei neuerdings auch vorwiegend Belastungen des Arzt-Patient-Verhältnisses durch

- die Folgen der Technisierung des ärztlichen Handlungsfeldes (z. B. prominent von Badura/ Feuerstein 1996, siehe dazu B 2.)
- die fortschreitende Spezialisierung (vgl. Beleites 2006, S. 85)
- die depersonalisierenden Effekte der standardisierten Versorgungsformen (vgl. Vogel/ Schumpelick 2006, S. 13) als „zunehmenden negativen Einfluss äußerer Rahmenbedingungen wie Ökonomisierung, Bürokratisierung Standardisierung“ (Helmchen 2006, S. 291)

- sowie die Auswirkungen der „Sparzwänge im Gesundheitswesen“ (Vogel/Schumpelick 2006, S. 16), die mit der „traditionell philanthropischen Arzt-Patient-Beziehung konkurrieren“ (Krones/ Willis/ Steinau 2006, S. 227), thematisiert.

Pointiert werden kann die Stoßrichtung der Argumentationen wie folgt: „Die etablierte und erfolgreiche symbiotische Partnerschaft zwischen Arzt und Patient wird aktuell durch den radikalen und aggressiven Systemwechsel im deutschen Gesundheitswesen geschwächt.“ (ebd.).

Das Arzt-Patient-Verhältnis: (Neo-) Paternalismus, Patientenautonomie oder Partnerschaft?

Eine grundlegende Frage betrifft die Konzeption eines angemessenen Modells zur Beschreibung der komplexen Beziehung zwischen Arzt und Patient. Wurde die Arzt-Patient-Beziehung klassisch nach Parsons im Sinne eines ärztlichen Paternalismus (siehe oben) begriffen, scheint sich der für dieses Modell zentrale Aspekt der strukturellen Asymmetrie im Arzt-Patient-Verhältnis angesichts der multimedialen Möglichkeiten der Informationsgewinnung auch für Laien zu verflüchtigen¹⁷². Konstatiert wird daher die „Abwendung vom historischen Paternalismus“, „naives Vertrauen“ sei durch kritische Distanz abgelöst“ worden (vgl. Schölmerich 1990, S. 67).

So wird vor allem in jüngerer Zeit die Idee eines gleichberechtigten Verhältnisses „auf Augenhöhe“ zwischen dem Arzt und dem „autonomen“ (siehe dazu Höfling 2006) oder „mündigen“ (Buchheim 2006) Patienten, bzw. die Vorstellung des Arzt-Patient-Verhältnisses als Dienstleistungsbeziehung zwischen dem Dienstleistungsanbieter Arzt und dem Patienten als „Kunden“ (vgl. Vogel/ Schumpelick 2006, S. 12-13, siehe dazu auch A 3.) immer populärer. Empirische Untersuchungen deuten jedoch darauf hin, das ein paternalistisch geprägtes Arzt-Patient-Verhältnis „im Gegensatz zur gängigen Meinung von Ökonomen“ (Krones/ Willis/ Steinau 2006, S. 238) von Patientenseite weiterhin überwiegend erwünscht ist (vgl. ebd.). Feuerstein/ Kuhlmann erkennen eine neue, nur vordergründig als klassischer ärztlicher Paternalismus erscheinende Ausgestaltung der Arztrolle im Sinne eines „Neopaternalismus“, der scheinbar am individuellen Patientenwohl orientiert sei, jedoch vorrangig den Erwartungen der ökonomisierten Medizin genüge (vgl. Feuerstein/ Kuhlmann 1999, S. 12-13). Nicht nur von ärztlicher Seite wird daher eine grundsätzliche Abkehr vom ärztlichen Paternalismus, dessen „überhöhte Machtposition“ (Dorfmueller 2001, S. 10) vielfach kritisiert, z. B. als „ent-

¹⁷² Es gibt jedoch gute Gründe, diese Annahme, die zudem nur auf den Wissensaspekt abstellt, anzuzweifeln. So werden als Komponenten einer fortbestehenden Asymmetrie „überlegene Sachkompetenz, weitgehende Entscheidungsmacht über Termin und Dauer, Inhalte, usw., größere Erfahrung mit vergleichbaren Erfahrungen, Vertrautheit mit der Umgebung“ (Meier 2001, S. 323) angeführt.

mündigend“ (Klose 2001, S. 273) im Sinne eines mangelnden Einbezugs in ärztliche Entscheidungsprozesse beurteilt wird, hin zu einer Marktbeziehung mit äußerster Skepsis begegnet. Angezeigt erscheint jedoch, angesichts der Emanzipation des Patienten aus ihrer respektvollen Passivität (Stichwort „Patientenzufriedenheit“, Dorf Müller 2001, Vorwort), die auch als „Empowerment“ bezeichnet wird, ein „neuer Umgang mit dem Patienten“ (Klose 2001, S. 273.).

Die Betrachtungen und Analysen des Arzt-Patient-Verhältnisses legen insgesamt nahe, dass dieses notwendigerweise Charakteristika einer Beziehung enthält, die nach wie vor als höchst komplex einzustufen ist. Mehrheitsfähig zu sein scheint derzeit das „partnerschaftliche“ Konzept, das als das zeitgemässere Modell „im Trend eines gesamtgesellschaftlichen Wandlungsprozesses“ (Francke 1994, S. 39) liege. Die Betrachtung des Patienten als gleichberechtigtem Partner¹⁷³ bzw. des Arzt-Patient-Verhältnisses als „dialogische Partnerschaft“ (Meier 2001, S. 323), in welcher, wie z. B. Lown betont, der Patient der „ranghöhere Partner“ (Lown 2002, S. 63) zu sein habe, betont vor allem die Wechselseitigkeit des Verhältnisses im Sinne einer Austauschbeziehung im Rahmen eines gemeinsamen Koprozessionsprozesses. Zu Bezugsgrößen von zentraler Bedeutung werden im partnerschaftlichen Konzept die Subjektivität und Individualität des Patienten, auf dessen „Wertewelt“, „Leiblichkeit“ und „Gefühle“ der Arzt Bezug nehme (vgl. Francke 1994, S. 39).

„Vertrauen“ in der Arzt-Patient-Beziehung

Als „spannungsreiche Beziehung“ unter den verschiedensten Gesichtspunkten untersucht, erscheint die Arzt-Patient-Beziehung unabhängig von diesen Zuschreibungen zumindest in Bezug auf die Relevanz der Kategorie „Vertrauen“ konstant zu bleiben. Vertrauen, in den unterschiedlichsten Bezügen thematisiert, sei es als im Rahmen einer professionstheoretischen Argumentationsführung als Legitimationsaspekt eines per se ungleichen Verhältnisses oder machttheoretisch als zu hinterfragende Ressource, ist im Hinblick auf die vorliegende Fragestellung in erster Linie als Gestaltungsaspekt im Arzt-Patient-Verhältnis relevant, das offenbar hinsichtlich seiner Erkenntnisfunktion von einem vertrauensvollen Bezug profitiert. Dieser Aspekt schwingt in den meisten Darstellungen eher unterschwellig mit, wird die Arzt-Patient-Beziehung zwar als „entscheidend für den Heilungserfolg“ (Vogel/ Schumpelick

¹⁷³ Die Realisierung einer partnerschaftlichen Beziehung, wenngleich normativ erwünscht, zwischen Arzt und Patient muss jedoch u. a. aufgrund von Interessengegensätzen als äußerst schwierig eingestuft werden (vgl. Dörner 2001, S. 73).

2006, S. 12) angesehen, zugleich das offenbar unverzichtbare „Vertrauensverhältnis“ zwischen Arzt und Patient zumeist in den Rahmen normativer Überlegungen im Zusammenhang des ethisch-moralisch korrekten Umgangs mit dem Kranken gestellt. So wird Vertrauen in der ärztlichen Berufsordnung zunächst in Kontext mit der Verpflichtung gegenüber dem Kranken, den ärztlichen Beruf gewissenhaft auszuüben gebracht (vgl. Weber 2006, S. 263). Mit Blick auf die strenge berufsrechtliche Regulierung der ärztlichen Tätigkeit wird das Arzt-Patient-Verhältnis auch „zwischen Vertrag und Vertrauen“ verortet (vgl. Jung 2005, S. 21), so dass es durch eine „irrationale Komponente“ mitbestimmt sei (vgl. ebd.). Infolge der „engen ökonomischen Vorgaben“ drohe jedoch die Erosion des Vertrauens, „Zweifel werden auftreten und das Vertrauen unterminieren“ (ebd., S. 267).

Form der Bezugnahme des Arztes auf den Patient

Der ärztliche Aufgabenbereich des Vertrauensaufbaus scheint des Weiteren eng mit einer Form der Bezugnahme auf den Patienten verknüpft, die als „Wahrhaftigkeit und Ernstnehmen der Patientin als autonome Persönlichkeit“ (Meier 2001, S. 342) skizziert wird. Die Rollenanforderung der „Affektneutralität“ an den modernen Arzt (wie nach Parsons zu Grunde gelegt) legt zunächst einen instrumentellen Bezug zum Arbeitsgegenstand nahe. Anders beschreibt dies Geisler, der die Notwendigkeit der Herstellung einer „Identität der Wirklichkeiten“ (Geisler 1987, S. 50) zwischen Arzt und Patient“ als zentralen Aspekt der Beziehungsgestaltung im Arzt-Patient-Verhältnis betont. Als Basis allen Erkennens im Rahmen der Begegnung von Arzt und Patient wird fast einhellig eine intensiver emotionaler und oftmals als ganzheitlich geschilderter Kontakt betrachtet (z. B. von Maritz-Mosimann/ Winzenried 1999, S. 30). Auch der Empathie, die häufig als artverwandte Erscheinung zur Intuition aufscheint, wird eine zentrale Rolle in der ärztlichen Praxis zugeschrieben, so z. B. als „vertiefte Fremdwahrnehmung und Selbstwahrnehmung (ebd., S. 32) und „ganzheitliches Erfassen“ (Hege 2001, S. 45). Diese Formen der Bezugnahme auf den Patienten werden durch die übergeordneten Entwicklungen der Gestaltung des Medizinsystems vielfach als gefährdet angesehen, so „fehlt die Zeit, ausführlich mit dem Patienten zu sprechen“, „die Einführungen von Fallpauschalen lassen offensichtlich die empathische Hinwendung des Arztes zum kranken Menschen immer weniger zu“ (Vogel/ Schumpelick 2006, S. 13). Als instruktiv für die Betrachtung der Arzt-Patient-Begegnung in der Gegenwartsmedizin sind daher Hinweise zu werten, die auf Einschränkung ärztlichen Handelns durch „industrielle Handlungspfade, Produktivitätsprüfungen, Prozessanalysen und Lean-Management-Programme“ (Krones/ Willis/ Steinau 2006, S. 227) und Ähnliches hindeuten. So wird bereits befürchtet: „Neben dieser Standardmedizin wird eine individuelle Arzt-Patient-Beziehung die Ausnahme bleiben“ (Weber 2006, S. 265).

Die Betrachtung des Arzt-Patient-Verhältnisses in der modernen Medizin hat also insgesamt vor dem Hintergrund der sich verändernden Rahmenbedingungen des Arzt-Patient-Verhältnisses eine pessimistische Färbung. Mit dem Blick auf das Arzt-Patient-Gespräch sollen nun Aspekte der Gestaltung einer konstruktiven Interaktionspraxis beleuchtet werden.

2.3.3.3 Die Anamnese und das Arzt-Patient-Gespräch

Das Arzt-Patient-Gespräch gehört zu den intensiv beforschtesten Feldern der ärztlichen Praxis. Im Anschluss an Lüth 1974, der mit der „sprechenden“ und „stummen“ Medizin die erste fundamentale Kritik an der „Reduzierung der Kommunikation in der Medizin“¹⁷⁴ infolge ihrer zunehmenden Technisierung leistet, stieg die Aufmerksamkeit in Bezug auf das lange Zeit vernachlässigte Feld ärztlichen Handelns. Im Folgenden sind im Rahmen der vorliegenden Arbeit interessierende Erkenntnisse zum Thema hinsichtlich der daraus resultierenden Anforderungen an den Arzt darzustellen¹⁷⁵. Als Konsens darf gelten, dass die Anamnese bzw. das Arzt-Patient-Gespräch als grundlegender, wenn nicht sogar wichtigster Baustein des Diagnoseprozesses zu betrachten ist und ihr auch ein „hoher Stellenwert im kurativen Geschehen“ (Hege 2001, S. 44) zukommt. In den Publikationen bekannter Ärzte, in denen vielfach der eigenen Werdegang zum erfolgreichen Arzt und hierin unter anderem die Rolle von Vorbildern für den Erwerb zentraler Fähigkeiten jenseits theoretischen Fachwissens beschrieben wird, nimmt die Anamnese einen großen Raum ein. Vielfach wird die Kommunikation mit dem Patient - in Anlehnung an die hippokratische „Kunst der Anamnese“ - als unverzichtbares Element ärztlicher Kunst betrachtet (vgl. z. B. Sing 2007).

Als Barriere in der Arzt-Patient-Kommunikation ist von Lüth 1974 die vom fachlichen Hintergrund aber auch wesentlich vom sozioökonomischen Status mitbestimmte Differenz in der Sprache der beiden Akteure Arzt und Patient („Sozialdialekte“) aufgezeigt worden (vgl. Lüth 1974, S. 27). Stark angewachsen ist daher wohl nicht zufällig in den letzten Jahren der Umfang an Literatur zur ärztlichen Gesprächsführung, in die Erkenntnisse der Kommunikationstheorie und der psychologischen Gesprächsführung Eingang finden- dies wohl aus dem Grund, dass die Vermittlung dieser Kompetenzen, wenngleich höchst praxisrelevant, kein

¹⁷⁴ So konnte in empirischen Untersuchungen die Beeinträchtigung des Behandlungserfolgs infolge von Kommunikationsdefiziten in der Arzt-Patient-Beziehung nachgewiesen werden (vgl. Lüth 1974, S. 21-27). Lüth prägte daraufhin den Begriff der „Minuten-Medizin“ (ebd., S. 26).

¹⁷⁵ Der Themenkomplex des Arzt-Patient-Gesprächs geht weit über den Rahmen von dessen Erkenntnisfunktion, die an dieser Stelle im Vordergrund steht, hinaus. So vor allem hinsichtlich des ärztlichen Gesprächs z. B. im Umgang mit Schwerkranken, in denen Aspekte in der Kommunikation terminaler Diagnosen (z. B. als „Gespräche gegen die Angst“, Geisler 1987, S. 143f.) behandelt werden.

Bestandteil des Medizinstudiums ist¹⁷⁶. Betrachtet werden auch vielfach die Besonderheiten des ärztlichen Gesprächs mit bestimmten Patientengruppen (Kindern, Migranten, Schwerstkranken). Insbesondere die häufig betonte „Interaktionsfunktion“ (z. B. bei Anschütz 1987, S. 230, Marckmann 2003, S. 69) der Anamnese verweist auf die hohe Relevanz des direkten, persönlichen Austauschs zwischen Arzt und Patient¹⁷⁷. Zunächst zu betrachten sind zentrale Erkenntnisse einer Auswahl an Publikationen, die, teilweise idealisiert und im Stil eines Lehrbuchs gehalten, Rahmenbedingungen und Ablauf der Arzt-Patient-Kommunikation sowie deren zugrunde liegenden Mechanismen fokussieren.

Als zentrale Aufgabe müssen im Rahmen der „zuverlässigen“ (Anschütz 1987, S. 229) Anamnese, dem initialen Gespräch mit dem Patienten, das den Ausgangspunkt des Diagnoseprozesses bildet, eine Vielzahl von konkreten „Primärdaten“ (Marckmann 2003, S. 65), vor allem aber auch „unscharfen“ Informationen generiert, d. h., den Angaben des Patienten entnommen werden. Häufig zu lesen sind Hinweise auf Besonderheiten und Schwierigkeiten der Genese und Dechiffrierung dieser Kommunikationsinhalte, wie z. B. bei Schölmerich: „Der Kranke erweist sich als Person in ein soziales System integriert, das nicht allein mit naturwissenschaftlichen Kategorien begriffen werden kann“ (Schölmerich 1988, S. 18), was auf die Relevanz von nicht im engen Sinne „medizinischen“ Kommunikationsinhalten im Arzt-Patient-Gespräch verweist. Als zielführend hat die Kommunikationsanalyse z. B. das Stellen von offenen Fragen aufgezeigt, durch welche eine dialogische Gesprächsführung unterstützt werde¹⁷⁸ (vgl. Geisler 1987, S. 80f.: „Die Kunst der Frage“). Bezüglich des geeigneten „Settings“ seien eine „positive Grundstimmung“, „eine Atmosphäre des Vertrauens“ (Geisler 1987, S. 23), wie auch genügend Zeit für den Patienten, „in Ruhe“ seine Beschwerden schildern zu können (vgl. Anschütz 1987, S. 230) förderliche Rahmenbedingungen. Zudem wirke sich ein gutes Kennen des Patienten im Fall kontinuierlicher ärztlicher Betreuung wie im Fall des Hausarztes positiv auf die Genese von wichtigen Kontextinformationen über den Patienten und somit auch auf eine zuverlässigere Anamneseerhebung aus (vgl. ebd., S. 232).

¹⁷⁶ So ordnet Anschütz die verschiedenen Bereiche der ärztlichen Handlungskompetenz der Theorie und der Praxis zu: „Naturerkenntnis ist das Thema des Medizinstudiums. Kunstfertigkeit erlernt der junge Arzt in seiner klinischen Ausbildung bzw. in der Praxis. Der so zentral wichtige Erwerb von Menschenkenntnis ist trotz der Vermittlung von systematischer Psychologie unterrepräsentiert. Menschenkenntnis ist sicherlich am schwersten zu vermitteln und am engsten an die einzelne Arztpersönlichkeit gebunden.“ (Anschütz 1987, Vorwort)

¹⁷⁷ Die Anamnese hat neben ihrer „Informationsfunktion“ auch das Ziel der Herstellung eines vertrauensvollen Arzt-Patient-Verhältnisses (vgl. Anschütz 1987, S. 230), das als Voraussetzung einer erfolgreichen Anamneseerhebung gilt.

Die Beherrschung der elementaren „Gesprächstechnik“ als „Handwerkszeug“ (Geisler 1987, S. 23) ist jedoch nur als „die halbe Miete“ zu betrachten. Ein „Patentrezept“ zur Gesprächsführung wird als „Utopie“ (Dorfmueller 2001, S. 11), ein „checklistenartiges Abfragen“ (Hege 2001, S. 48) als wenig zielführend bezeichnet. Als mindestens ebenso wichtiger Aspekt muss offenbar die Berücksichtigung und Bezugnahme auf die Emotionen des Patienten gelten (vgl. Groopman 2007, S. 18). Als Faktoren für das Gelingen des Arzt-Patient-Gesprächs werden mit Verweis auf die notwendige „Haltung“ des Arztes z. B. „Geduld“, „Empathie“, „Verständnis“ und „Respekt“ angeführt (vgl. Lang 2006, S. 309). Die zuvor behandelte Expertiseforschung kann dahingehend anschlussfähig gemacht werden, mit den - häufig auf „social skills“ reduzierten- interaktiven Kompetenzen des Arztes, einen wesentlichen Schlüssel zur Lösung des diagnostischen Problems zu benennen. Die in diesem Zusammenhang erforderlichen Fähigkeiten des Arztes lesen sich häufig sehr generisch, so als „Grundhaltung der Zuwendungsfähigkeit“ (Flieder 2001, S. 34), Befähigung zu nonverbaler Kommunikation (vgl. Geisler 1987, S. 137- 140) oder Verfügung über „empathische Fähigkeiten“ (vgl. Marckmann 2003, S. 65-66). Weiter geht in diesem Zusammenhang Dörner mit seiner (an Merleau-Ponty angelehnten, siehe dazu B 3.2.3.) Verortung der ärztlichen Haltung als „umfassendes, auch affektiv-leibliches Ergriffensein“ (Dörner 2001, S. 53).

Arzt und Patient werden auch als Kooperationspartner in einem „Arbeitsbündnis“ konzipiert (vgl. Lang 2006, S. 309). Die Analyse des Kommunikationsprozesses zwischen Arzt und Patient als „komplementäre Glieder in einem gemeinsamen Interaktionssystem, in dem sie Zeichen empfangen und Zeichen senden“ (zitiert in Marckmann 2003, S. 65) nach Uexküll/Wesiack 1991 weist mit der Akzentuierung zum einen des Interaktionscharakters, zum anderen der wechselseitigen Bedeutungszuweisung nicht formaler Kommunikationsinhalte auf ein äußerst komplexes Geschehen hin. Dieser Gedanke wird aufgegriffen in neueren Konzeptionen des Arzt-Patient-Gesprächs als Konstruktions- und Interpretationsprozess, der intuitive und emotionale Fähigkeiten verlange (vgl. Sing 2007, S. 46-47)¹⁷⁹ bzw. in der US-amerikanischen Forschung als Prozess des gemeinsamen „history building“(Hunter 1991)¹⁸⁰.

¹⁷⁸ Diese Empfehlung wird auch in den medizinischen Lehrbüchern, z. B. bei Dahmer 2003, ausgesprochen (siehe B 2.1.).

¹⁷⁹ Vielfach kommunikationstheoretisch untersucht, lässt sich das Arzt-Patient-Gespräch bzw. die spezifische Herausforderung, die dessen Bewältigung an den Arzt stellt, unter anderem auch durch das Konzept der „Vier Botschaften“ nach Schulz von Thun veranschaulichen. Neben dem „Sachinhalt“ seien demzufolge in jedem Kommunikationsakt auch die Ebenen der „Selbstoffenbarung“, der „Beziehung“ und des „Appells“ enthalten, die es sinnvoll zu entschlüsseln gilt (vgl. Geisler 1987, S. 61-63).

¹⁸⁰ Wie Schubert resümiert, werden diese Aspekte der ärztlichen Wissensgenese vielfach vom naturwissenschaftlichen Selbstverständnis der Medizin überlagert (vgl. Schubert 2006, S. 99-100).

Ergebnisse der neueren Kommunikationsforschung, die neben klassischen Gesprächsanalysen auch auf die Methode der Videobeobachtung zur Erfassung nonverbaler Aspekte zurückgreift, verweisen auf die Notwendigkeit einer möglichst dialogischen, bidirektionalen Kommunikation zwischen Arzt und Patient¹⁸¹ für eine konstruktive Anamnesepraxis (vgl. Groopman 2007, S. 17). In diesem Zusammenhang betont Groopman die Relevanz der aktiven Unterstützung des Arztes durch den Patienten als notwendige Bedingung der gemeinsamen Konstruktionsarbeit: „Patients can offer a doctor the most vital information about themselves to steer him toward the correct diagnosis“ (ebd., S. 10).

In den Schilderungen der Ärzte Lown, Groopman und anderen finden sich zahlreiche Beispiele für die Kunst der ärztlichen Gesprächsführung, in denen die Bedeutung persönlicher und lebensweltlicher Informationen sowie die empathische Teilnahme des Arztes und die oftmals unkonventionell anmutende Methode der ärztlichen Schlussfolgerung deutlich werden. So sei es Aufgabe des Arztes, „im Gespräch mit einem Patienten dessen individuelle Wirklichkeit zu erfassen und eine gemeinsame identische Wirklichkeit zu finden“ (Geisler 1987, S. 53). Die Klage des Patienten sei hierbei lediglich als „Eintrittskarte zu einer Theatervorstellung“ (Lown 2002, S. 10), die Krankengeschichte als „Wegekarte“, ohne sie „die Reise nichts als ein zielloses Einholen von Reparaturen bei zahlreichen Garagen“ (ebd., S. 13) zu betrachten. Als wichtige Fähigkeit des Arztes betont Lown die „Kunst des Zuhörens“, „das Kernstück einer kunstgerecht am Krankenbett ausgeübten Medizin. (ebd., S.7), das „die Wahrnehmung intimer Einzelheiten aus dem emotionalen Leben des Patienten“ (ebd.) auch scheinbar irrelevanter Details mit einschließt (vgl. ebd., S. 58)¹⁸². Gemeinsam mit der Fähigkeit zur Beobachtung könnten ohne „aufwändige technische Zauberei“ eine Vielzahl von Patientenproblemen gelöst werden (vgl. ebd. S. 14)¹⁸³. So bestehe die besondere Herausforderung des Arztes in der Bedeutungszuweisung von Gesprächsinhalten jenseits der „sachlichen Ebene“: „Die implizite Botschaft und den impliziten Appell mitzuhören, macht sicher das ärztliche Ge-

¹⁸¹ In vielen Studien war zuvor kritisch auf die Praxis einer vielfach unidirektionalen Kommunikationsgestaltung zwischen dem aktiven, fragenden Arzt und dem passiven, antwortenden Patienten gegangen, in der der Patient typischerweise einen geringen Gesprächsanteil erhält und zudem noch vielfach vom Arzt unterbrochen wird (vgl. Groopman 2007, S. 17).

¹⁸² Lown kritisiert in diesem Zusammenhang, dass „die Notwendigkeit, sich allumfassend mit dem Patienten zu befassen, niemals in medizinischen Lehrbüchern zur Sprache gebracht oder während der medizinischen Ausbildung erwähnt“ (ebd., S. 7) werde. Zu wenig Mühe werde daher auf den Aufbau einer zwischenmenschlichen Beziehung verwendet (vgl. ebd., S. 61). Er appelliert daher an die ärztliche Leserschaft: „Wissenschaftlicher Fortschritt und technologische Neuerungen berechtigen uns noch lange nicht, jene Qualitäten über Bord zu werfen, welche die Intimität verstärken und die Fürsorge fördern“ (ebd., S. 22).

¹⁸³ Auch finden sich in den Betrachtungen des Arzt-Patient-Gesprächs Einschätzungen der gelungenen Anamnese als ökonomisch rationales Handeln („Im Übrigen ist nichts zeiterparender als die Zeit, die Sie in der Erstbegegnung investieren.“, Dörner 2001, S. 60).

sprach manchmal schwierig, aber auch spannend.“ (Lang 2006, S. 312)¹⁸⁴. So seien gute Ärzte „begabt im Hören mit dem Stethoskop, aber auch mit den Ohren des Herzens. Ihr Innerwerden einer unmessbaren inneren Wirklichkeit befähigt sie auch zur Kunst des einfühlsamen und behutsamen ärztlichen Gesprächs“ (Nager 1999, S. 161).

Die erfolgreiche Gestaltung der Arzt-Patient-Kommunikation muss als zentrale Leistung des Arztes eingestuft werden (vgl. Müller-Kolck 1993, S. 143f.). Indem diese Handlungsweisen als wesentliches Medium der Erkenntnisgenese aufgefasst werden, wird der konventionelle Rahmen der Einstufung dieser Fähigkeiten als bloß normative und „garnierende“ Fähigkeiten (wie es in einigen Analysen anklingt) des „freundlichen“ Arztes verlassen. So kann mit Gropman gefolgert werden: „The communication piece is not seperable from doing quality medicine“ (Gropman 2007, S. 20). Im Anschluss an die Befunde und Einschätzungen der sondierten Arbeiten scheint die hippokratische Kunst der Anamnese auch in der hoch technisierten Medizin kaum an Relevanz eingebüßt zu haben. Vielfach wird ihr zudem das Etikett der ärztlichen Kunst zugewiesen: „Here is the art of medicine, the sensitivity for language and emotion that makes for a superior clinician“ (ebd., S. 22).

2.3.3.4 Die körperliche Untersuchung

Der Interaktionsbegriff geht über den engen Rahmen der verbalen Kommunikation im Rahmen des Arzt-Patient-Gesprächs hinaus. Unter anderem als vertrauensgenerierender Vorgang thematisiert, jedoch weit über diesen hinausweisend, bildet die körperliche Untersuchung einen zentralen Bestandteil ärztlichen Handelns:

„Die Beziehung zwischen Patient und Arzt ändert sich oft dramatisch nach der körperlichen Untersuchung. Die Zurückhaltung schwindet. Sie wird durch eine entspannte, mühelos dahinfließende Untersuchung abgelöst. Dinge, die weder mitgeteilt noch vermutet worden waren, treten ohne großes Nachbohren zu Tage. Fragen werden nicht länger übel genommen. Der Patient, vor wenigen Minuten noch ein Fremder, gibt Intimitäten preis, die üblicherweise erst nach langer und vertrauensvoller Freundschaft erfahren werden.“ (Lown 2002, S. 18)

So ist die körperliche Untersuchung, wie Lown im Kapitel „Zuhören durch Berühren“ (ebd., S. 18-22) aufzeigt, als wesentliches Medium der Erkenntnisgewinnung im Rahmen des diagnostischen Prozesses einzustufen („Berühren ist das älteste und wirksamste Werkzeug ärztlichen Handelns. (...) Berühren ist ein Mittel, mit dem wichtige Einblicke gewonnen werden können.“, ebd., S. 18).

¹⁸⁴ Gründe für das Scheitern eines Arzt-Patient-Gesprächs werden sowohl in mangelhafter Gesprächstechnik und in der „Störung“ des Arzt-Patient-Verhältnisses gesehen (vgl. Geisler 1987, S. 18).

Hierbei weist die Praxis der körperlichen Untersuchung als „wahre Fundgrube an Informationen“ (ebd., S. 19) weit über ein bloß instrumentelles Handeln hinaus. Ihre Näherbetrachtung offenbart im Handlungsstil angelegte bzw. für diesen konstitutive Fähigkeiten und Kompetenzen des Arztes, die das ärztliche Wissen und Handeln als ein vielfach körpergebundenes und erfahrungsbasiertes veranschaulichen. So wurde das „Handauflegen als älteste Fertigkeit des Arztes“ (ebd.) im Rahmen diagnostisch-therapeutischen Fortschrittes zum „Akt der Kunst“ bzw. auch eine „wissenschaftliche Fertigkeit“¹⁸⁵, „die Hand wurde ein wichtiges diagnostisches Instrument“ (ebd.), das auch in der hoch technisierten Medizin von großer Bedeutung sei: „Die allererste Berührung bei der Begegnung von Arzt und Patient sollte der Händedruck sein“ (ebd., S. 18-19), der erste Hinweis auf möglicherweise krankheitsrelevante Zusammenhänge geben kann und somit einen eigenständigen „diagnostischen Wert“ (ebd., S. 19) besitze.

Angedeutet seien hiermit vor allem Fähigkeiten der Genese und Verarbeitung komplexer, nicht-objektivierbarer Informationen, die im Rahmen einer dialogischen Interaktion mit dem Patientenkörper gewonnen werden¹⁸⁶. So beschreibt auch Weishaupt die Praxis der Auskultation und als nicht reduzierbar auf das analytische Registrieren objektiver Informationen (vgl. Weishaupt 1994, S. 256). Dörner beruft sich zur Beschreibung dieses Vorgangs auf Sinne und Leibaspekte (vgl. Dörner 2001, S: 61).

Ärztliches Handeln als „leibliches Können“ - Relevanz praktischen Handelns

Die Konzeption des Arztes als „practitioner“ in der jüngeren US- Expertiseforschung legt eine Näherbetrachtung der Handlungsebene in der klinischen Praxis nahe. Explizit auf das handlungstheoretische Konzept des ‚Reflection-in-Action‘ nach Schön¹⁸⁷ verweist der amerikanische Arzt und Autor Groopman zur Erklärung des ärztlichen Denkprozesses, der vielfach irrtümlich als rein kognitiver, vom praktischen Handeln abgelöster Vorgang angenommen wer-

¹⁸⁵ Die Begrifflichkeiten der „Kunst“ und der „Wissenschaft“ werden hier bei Lown 2002 parallel verwendet.

¹⁸⁶ So wurde festgestellt, dass sich im Rahmen der körperlichen Untersuchung erhobene Tastbefunde – die jedoch stets im Verdacht der „Subjektivität“ stünden - häufig als wegweisender als vermeintlich objektive technisch generierte Befunde erwiesen (vgl. Fintelmann 2001, S. 34).

¹⁸⁷ Das Konzept des Reflection-in-Action nach Schön 1983 betrachtet geistige Prozesse des Problemlösens in den praktischen Handlungsvollzug eingelassen und hebt damit die Relevanz praktischen Handelns als wichtiges Element des geistigen Prozesses hervor. Schön selbst veranschaulicht diesen Prozess als „Knowledge-in-Practice“ des Psychotherapeuten (vgl. Schön 1983, S. 116-127), siehe dazu B 3.3.1.).

de(vgl. Groopman 2007, S. 35)¹⁸⁸. Zudem wendet er sich gegen die verbreitete Vorstellung, ärztliches Entscheidungshandeln sei frei von Emotion: „Most people assume that medical decision making is an objective and rational process, free from the intrusion of emotion.“ (ebd., S. 36).

Die sinnliche Wahrnehmung

„Die Kunst des Arztes besteht darin, dass wir mit unseren unmittelbaren Sinnen wahrnehmen“ (Sauerbruch, zitiert in v. Troschke 2004, S. 143)

Der sinnlichen Wahrnehmung wird über verschiedene Handlungsanforderungen hinweg ein hoher Stellenwert im Rahmen des ärztlichen Erkenntnisprozesses eingeräumt. So erfordere „die Vielfalt und Komplexität der Phänomene, mit denen Ärzte konfrontiert werden“ „besondere Fähigkeiten der Wahrnehmung“ (ebd.). Zudem sei die ärztliche Praxis - entgegen der medizinischen Wissenschaft - weitgehend am Sichtbaren, am Beobachtbaren orientiert, das sich im Wesentlichen aus der sinnlichen Wahrnehmung speise (vgl. Fintelman 2001, S. 38).

Während bei einigen Autoren die Art und Weise der Nutzung sinnlicher Wahrnehmung diffus bleibt oder sich auch als objektivierender Gebrauch der Sinne interpretieren ließe, bezieht sich v. Troschke auf eine „erfahrungsgeleitete Nutzung der fünf Sinne“ (Troschke 2004, S. 143.), die er zudem mit dem „klinischen Blick“ in Verbindung bringt (vgl. ebd.). Konkreter noch wird Weishaupt, die eine Beschreibung verschiedener Wahrnehmungsphänomene leistet: „Die sinnliche Erfahrung und Hautberührung und Farbwahrnehmung von Dermatologen, das an die leibliche Erfahrung gebundene, diffizile Hören bei der Auskultation, das imaginative, d. h., nicht auf das analytische Registrieren eindeutig definierbarer Informationszeichen reduzierbare Sehen des Radiologen, oder auch der ‚ärztliche Blick‘, der kein lokal beschränkter Blick ist, sondern verschiedene Wahrnehmungsebenen integriert und eher einen intuitiven Einblick ins Geschehen nimmt - sie alle sind unverzichtbar im Diagnose- und Therapieprozess und fügen sich dennoch nicht in wissenschaftlich objektiv-rationale Maßstäbe ein.“ (Weishaupt 1994, S. 256).

¹⁸⁸ Als solcher wird er in der Realität jedoch oft inszeniert: So kritisiert Hunter die objektivierende Praxis der „Case Presentation“, durch welche jegliche individuell Merkmale des Patienten zugunsten einer wissenschaftlichen Problembeschreibung ausgeblendet würden (vgl. Hunter 1991, S. 55-57).

2.3.3.5 Die Diagnose

Die Diagnose als „Durchschauung des Krankheitsbildes“ (Anschütz 1987, S. 99) hat aus verschiedenen Gründen eine starke Stellung innerhalb des ärztlichen Handelns. Ist sie als Inbegriff ärztlicher Kunst mit Stolz und Ansehen verbunden, beinhaltet sie vor allem ein Handlungsprinzip (Anschütz 1987, S. 107)¹⁸⁹. Auffällig wenig wird sich jedoch mit dem Prozess des Erkennens an sich, der in der Diagnosestellung zentral ist, auseinandergesetzt.

Angelehnt an das Leitmotiv planmäßig-rationalen Vorgehens „Erst denken, dann handeln“ wird der Diagnoseprozess häufig als sequentielle Abfolge verschiedener Stufen der Diagnostik vorgestellt. Dieser Vorstellung des biomedizinischen Modells von Krankheit als präzise gegeneinander abgrenzbare und eindeutig definierbare, somit als idealtypische Lehrbuchfälle darstellbare pathologische Erscheinungen¹⁹⁰ entspricht eine Konzeption des ärztlichen Erkenntnis- oder Entscheidungsprozesses als formal beschreibbarer Prozess, wie z. B. als „Hypothesengenerierung“ anhand von erhobenen Befunden sowie deren kognitiv-rationaler Prüfung im Rahmen von „diagnostischen Schleifen“ (z. B. bei Marckmann 2003, S. 70-71).

In erster Linie im Sinne von Störfaktoren dieses idealtypisch konstruierten Prozesses wird den nicht-objektivierbaren Prozessen und Wissensressourcen des Arztes gleichzeitig ein hoher Stellenwert eingeräumt. Analysen des ärztlichen Problemlösens, allen voran die US-Expertiseforschung, zeigen geistige Vorgänge jenseits logisch-diskursiven Denkens als zentral für den erfolgreichen Diagnoseprozess auf. So ist die Abweichung vom Schema des mehrzyklischen Schleifenmodells offenbar die Regel (vgl. ebd.). Auch Groopman lehnt die Annahme eines linear-sequentiellen Diagnoseprozesses ab, der nach wie vor als solcher gelehrt würde, sich in der Praxis jedoch zumeist völlig anders gestaltet: „Medical students are taught that the evaluation of a patient should proceed in a discrete, linear way; you first take the pati-

¹⁸⁹ Die von einigen Kritikern als überhöht angesehene Stellung der Diagnose als alleinige Basis ärztlichen Handelns wird von Hartmann 1981 als „diagnostischer Imperativ“ auf den Punkt gebracht, der das medizinische Denken beherrsche (vgl. Anschütz 1987, S. 114). Das Ideal der präzisen Abgrenzung von Krankheitsbildern habe das prognostische Denken des vorwissenschaftlichen Zeitalters verdrängt (vgl. ebd., S. 123). Wieland sieht die Diagnose jedoch als „Fundamentalbegriff der Medizin“ (Wieland 2004, S. 31) und „zentrale(n) Orientierungspunkt im Denken des Arztes“ (ebd.) an und stellt sie daher in den Mittelpunkt seiner Analyse, wenn er sie zugleich auch unter Rückgriff auf Koch 1917 als „Fiktion“ für die Praxis enttarnt (vgl. ebd., S. 46). Wieland 1975/ 2004 analysiert in seiner grundsätzlichen Auseinandersetzung das Selbstverständnis und den epistemologischen Status der Medizin anhand der „Diagnose“ (Titel) und muss daher als Klassiker zum Thema hervorgehoben werden.

¹⁹⁰ Das zugrundeliegende Konzept der „Krankheitsentität“ bezeichnet ein „abstraktes, sich in der Regel an allen Menschen wiederholendes Erscheinungsbild mit bestimmten Symptomen“ (Anschütz 1987, S. 99).

ent's history, then perform a physical examination, order test, and analyze the results. (...) But in fact, few if any physicians work within this mathematical paradigm" (Groopman 2007, S. 11-12).

Die Annahme der Deckungsgleichheit des theoretisch modellierten Vorgehens mit der klinischen Praxis muss daher als „Utopie“ (Anschütz 1987, S. 118) enttarnt werden. Klinische Diagnosen sind aufgrund der Bandbreite der variierenden Erscheinungsformen von Krankheiten und aufgrund der mangelnden Objektivierbarkeit bestimmter Symptome häufig nicht mit letzter Sicherheit zu stellen. Nicht alle Krankheiten haben gute „Randschärfen“, d.h., sind zweifelsfrei nachweisbar (vgl. ebd., S. 112-113). Die Diagnose, auch wenn sie in wissenschaftlich fundiertem Gewand daherkommt, ist in der ärztlichen Praxis häufig eine Wahrscheinlichkeitsaussage (vgl. ebd., S. 118). So bewegt sich die Diagnosestellung zwischen den beiden Extrempolen einer eindeutigen Nachweisbarkeit eines pathologischen Befunds (Knochenbruch auf Röntgenaufnahme, histologische Befunde) und der nicht nachweisbaren (oder nicht vorhandenen) organischen Störung trotz subjektiven Krankheitsempfindens. Auch sei nicht jeder Befund in jedem Kontext gleich zu bewerten: „Im Niemandsland zwischen ‚noch normal‘ oder ‚schon pathologisch‘ entscheidet sehr oft das Befinden des Patienten über die fällige Grenzziehung“ (ebd., S. 161). Eindeutige Wenn-dann-Regeln greifen in der ärztlichen Praxis oftmals nicht, wie Wieland resümiert: „Keine Regel und kein Begriff können von sich aus zeigen, wann sie anwendbar sind und wann nicht“ (Wieland 2004, S. 96). So ordnet Wieland die Diagnose als „von allem, was in einer theoretischen Naturwissenschaft als Erkenntnis bezeichnet wird, strukturell verschieden“ (Wieland 2004 S. 67) bzw. als Wahrscheinlichkeitsaussage (vgl. auch Anschütz 1987, S. 14) ein.

Entsprechend muss der Prozess der Diagnosestellung vielfach nicht als Ergebnis logisch-diskursiver Analyse eines objektiv definierbaren Problems begriffen werden, sondern vor allem als Übersetzungs- und Interpretationsleistung des Arztes. So folgert auch Degele, die die Potentiale von Diagnosesystemen untersucht: „Die Diagnosekompetenz ist eine subjektgebundene schöpferische Leistung eines Arztes“ (Degele 1994, S. 178).

Im Anschluss an Hucklenbroich 1998 muss „medizinisches Wissen“ als „Integrationsprodukt betrachtet werden, das Wissensanteile verschiedener Herkunft miteinander verbindet“ (zitiert in: Marckmann 2003, S. 79). Zur genaueren Bestimmung dieser Wissensformen sind Befunde speziell zum Bereich des impliziten Wissens vorzustellen. Als allgemeiner Tenor der gesichteten Arbeiten kann resümiert werden, dass die Bewertung eines Krankheitsbilds neben rationaler Analyse andere, vor allem dem empathisch-kommunikativen wie auch dem intuitiv-emotionalen Bereich zuzurechnende Eigenschaften und Fähigkeiten erfordert (vgl. z. B.

Schölmerich 1988, S. 17). Die Analysen ärztlichen Wissens und Handelns verweisen somit auf die elementare Rolle des subjektiven, personengebundenen Wissens des Arztes. Zu diesem zählt auch die vielzitierte ärztliche Intuition, sowie andere, möglicherweise subtilere Formen, die im Folgenden anhand ausgewählter wissenschaftlicher Analysen verschiedener Aspekte des diagnostischen Komplexes darzustellen sind.

Implizites Wissen als „Motor medizinischen Fortschritts“

Eine grundlegende Auseinandersetzung mit dem Verhältnis expliziten und impliziten Wissens in der Medizin findet sich bei Fliedner (2001) ¹⁹¹. Auch er weist dem impliziten Wissen einen hohen Stellenwert, vor allem hinsichtlich seines Charakters als „Motor des Fortschritts“ (Fliedner 2001, S. 28) bzw. als „geistiger Humusboden“ (ebd., S. 25) der Medizin zu. So begreift er das verfügbare explizite Wissen als „Resultat von geistigen Vorgängen des Denkens und Erkennens, die man dem Begriff des nicht- expliziten Wissens zuschreiben kann“ (vgl. ebd., S. 25). Als „Wert an sich“ bringt Fliedner implizites Wissen mit spezifischen „Subjekt-eigenschaften“ herausragender Wissenschaftler und Mediziner“ in Verbindung, die er mit „Arztum“ und „charismatischer Kreativität“ beschreibt (ebd., S. 26). Er plädiert dafür, den „persönlichkeitsgebundenen Eigenschaften, die dem medizinischen Forscher – in je subjektivem Umfang – ermöglichen, gänzlich neues, nicht-explizites Wissen aus sich heraus zu generieren“ sowie den „infrastrukturellen Randbedingungen“ erfolgreicher Prozesse der Wissensgenese ein höheres Forschungsinteresse entgegenzubringen (vgl. ebd., S. 27). Anhand des Beispiels der Entdeckung von Zusammenhängen im Bereich der Infektionskrankheiten („geistige Pionierleistungen“) charakterisiert Fliedner nicht-explizites Wissen als „zunächst nur diffus Wahrgenommenes oder Erahtes“, das schließlich durch eine „innovative Intuition“ zu oft revolutionären Fortschritten führe (ebd., S. 28) ¹⁹².

Episodisches Erfahrungswissen in Form von „Narrativen“

Im Anschluss an die Analyse „Doctor’s Stories. The Narrative Structure of Medical Knowledge“ (Hunter 1991) ist den „Narrativen“, episodischen Anekdoten über vor allem vom klassischen Lehrbuchwissen abweichende Fälle, ein besonders hoher Stellenwert im Rahmen

¹⁹¹ Der Medizinprofessor Theodor Fliedner hat sich im Rahmen des BMBF-Projekts „Management von nicht-explizitem Wissen“ mit der Bedeutung impliziten Wissens in der Medizin beschäftigt.

¹⁹² Aus der Perspektive des Wissensmanagement folgert Fliedner (irrtümlich), dass dieses implizite Wissen unter ausreichender Hingabe und im Zusammenspiel der 4 Cs (Competence, Creativity, Confidence und Continuity, „4-C-Konzept“) schließlich in explizites Wissen transformiert werden könne (vgl. ebd., S. 30-31).

des ärztlichen Wissensbestands einzuräumen. („Medicine is filled with stories“, Hunter 1991, S. 69). Dieses subjektgebundene, bereits in der klassischen antiken Medizin durch häufig informellen kollegialen Austausch und Weitergabe durch ärztliche Lehrmeister transferierte Wissen, das „narrative Knowledge“, sei konstitutiv für den ärztlichen Expertiseerwerb und habe auch in der hoch technisierten Medizin nichts von seiner Relevanz eingebüßt („In midst of a highly technologized scientific profession, the anecdote is a clear reminder of the fundamental nature of medicine’s ‚raw material‘ the exigencies of a particular illness“, ebd., S. 70). Trotz seiner Nicht-Formalisierbarkeit sei dieses spezielle Wissen nicht als antiquiert, sondern vielmehr als angemessene und funktionale Wissensform in einer von Unsicherheit geprägten Praxis zu betrachten (vgl. ebd., S. 106).

Analogie von Witz und Diagnose

Der charakteristischen Form des situativen Verstehens, wie sie sich in der Diagnosestellung vollziehe, wurde sich auch durch die Künstliche Intelligenz-Forschung angenähert. Die durch den analytischen Vergleich des Bearbeitungsprozesses von Computern und Menschen offenbarten Besonderheiten menschlichen Problemlösens können in besonders origineller Form durch die in der KI-Forschung rezipierte Analogie des im Rahmen der Diagnosestellung stattfindenden Erkenntnisprozesses und dem Verstehen eines Witzes veranschaulicht werden (vgl. Hucklenbroich/ Tollner 1993, S. 103-104). Unter Bezug auf den Urheber des Gedankens Wartofsky werden kognitiver Stil und das „Kapieren“ eines Witzes mit den sich in der Diagnosestellung vollziehenden Vorgängen gleichgesetzt. Zentrales Argument ist das Nichtvorhandensein logischer Analyse im Rahmen einer „blitzartigen“ und „intuitiven“ Einsicht, die in vielen Diagnoseprozessen das entscheidende Moment sei (vgl. ebd., S. 103). In dieser als Stärke menschlichen Problemlösens zu betrachtenden Form der Problemlösung durch „Erleuchtung“, die Befähigung, „spielerisch und künstlerisch mit Hypothesen und Assoziationen herumzujonglieren“ bestehe die Überlegenheit des Humanexperten gegenüber dem computerbasierten Diagnosesystem (vgl. ebd., S. 104).

„Ärztliche Urteilskraft“ und „Ärztlicher Blick“

Als äußerst eng verwandt, wenn nicht sogar synonym erscheinen hinsichtlich der sich hinter ihnen verbergenden Wissensformen und Erkenntnisprinzipien sind die Konzepte oder Metaphern der ärztlichen Urteilskraft und des ärztlichen Blicks¹⁹³, die beide vorwiegend mit intuitiv-

¹⁹³ In diesem Zusammenhang ist auf Foucaults „Archaologie des ärztlichen Blicks“ (1973) zu verweisen. Foucault analysiert speziell im Kapitel „Sehen, wissen“ (ebd., S. 121-136) die objektivierende Praxis des ärztlichen Blicks im modernen Klinikum. Von Polanyi werden die Ideen der ‚Urteilskraft‘ und

tivem Erkennen in Verbindung gebracht werden (z. B. von Lohff 1990, S. 24) und als zentrale Konzepte ärztlichen Wissens zu betrachten sind, auf die viele Analysen Bezug nehmen.

Mit Rückgriff auf die Definition Kants, der Urteilskraft als „das Vermögen, unter Regeln zu subsumieren, d. i., zu unterscheiden, ob etwas unter einer gegebenen Regel stehe oder nicht“ (zitiert in Mortsiefer 1998, S. 119) begreift, wird die Urteilskraft des Arztes per se außerhalb von Regelmäßigkeit angesiedelt. Als „personengebundene Disposition“ (Wieland 2004, S. 11) charakterisiert die ärztliche Urteilskraft Elemente ärztlichen Wissens „hinsichtlich derer sich der moderne Arzt nur wenig vom Arzt der hippokratischen Schule unterscheidet“ (ebd.). Ausdrücklich verweist Wieland auf die Unverzichtbarkeit dieser „Instanz“ als „Hiatus zwischen Wissen und Handeln“ (ebd., S. 13) – dies insbesondere da die Medizin „immer mehr durch eine Orientierung an statistischen Gesetzmäßigkeiten überlagert“ sei (ebd.)¹⁹⁴. Nicht explizit als Urteilskraft oder ärztlicher Blick angeführt, aber sicherlich eine beispielhafte Erscheinungsform desselben ist die Beobachtung Schuberts. „Die Unstimmigkeit in den vielfältigen, dem Arzt vorliegenden Daten zu erkennen, ist eine Fähigkeit, die nur durch jahrelange Praxis erworben werden kann und in der sich der methodische Zweifel ausbildet (Schubert 2006, S. 195).

Mit dem ärztlichen Blick im fundamentalen Unterschied zu dem „verobjektivierenden“ (Wettreck 1999, S. 257) „medizinischen Blick“¹⁹⁵ als zwei differente Erkenntnisstile beschäftigt sich Wettreck im Rahmen seiner stark normativ geprägten Auseinandersetzung „Arzt sein – Mensch bleiben“. Den ärztlichen Blick verortet Wettreck im „Ärztlichen“ oder „Urärztlichen“, das er als Kern ärztlichen Handelns betrachtet (vgl. ebd., S. 253). Als Charakteristika des ärztlichen Blicks führt Wettreck die umfassende, ganzheitliche Bezugnahme auf die Subjektivität des Patienten an (vgl. ebd., S. 257), die erst auf Grundlage „persönlicher Erfahrung“ („nicht allein aus wissenschaftlicher Statistik“, ebd., S. 258) möglich werde. Insgesamt bestimmt Wettreck ärztliches Handeln in seinem ursprünglichen Sinn als „Kunst der Gratwanderung zwischen Distanz und Identifikation, fachlichem Anspruch, ärztlichem Wertesystem und Patientenwillen, Machen und Lassen, Orientierung und Bemächtigung, Begleitung und psychischer Invasion, Ritualität und Rationalität“, womit er zugleich die umfassenden Prob-

der ‚Intuition‘ in seinem „Kennerblick“ (siehe dazu B 3.2.1.) gebündelt und anhand des ärztlichen Erkenntnisprozesses exemplifiziert.

¹⁹⁴ Wieland merkt zudem an, dass sich der Wesenskern der Medizin trotz der neueren Entwicklungen wie der Einführung von DRGs und der evidenzbasierten Medizin gegenüber der Erstauflage 1975 nicht oder kaum verändert habe (vgl. Wieland 2004, S. 14).

¹⁹⁵ Diesen bezeichnet Wettreck nicht nur als Ausdruck „wissenschaftlicher Neutralität“ (Wettreck 1999, S. 99) sondern auch interessanterweise als Folge einer „Sachzwang-Medizin“ (ebd., S. 280).

lemlagen des Arztes in der wissenschaftsbasierten und ökonomisierten Medizin der Gegenwart berührt (vgl. ebd., S. 259). Als funktional erforderlich zur Bewältigung dieser vielfältigen Spannungsfelder bestimmt er den ärztlichen Blick als zentrale Kompetenz ärztlichen Handelns und Entscheidens.

Einen zusätzlichen wertvollen Hinweis auf das Wesen des ärztlichen Blicks liefert Dörner, indem er ihn mit „Leib-Aspekten“ (Dörner 2001, S. 61) in Verbindung bringt, diesen jedoch nicht weiter vertieft.

Ärztliche Intuition

Besondere Aufmerksamkeit war dem prominenten Phänomen der ärztlichen Intuition zu widmen, die ebenfalls dem Bereich impliziten Wissens zuzuordnen ist. Die ärztliche Intuition gehört zu den tradierten Konzepten einer sich als Heilkunst verstehenden Medizin, wird jedoch auch zur Beschreibung von Könnerschaft in der modernen Medizin häufig bemüht¹⁹⁶. So verweist der berühmte US-amerikanische Arzt Lown in seiner Abhandlung „Die verlorene Kunst des Heilens“ (2002) gleich eingangs mit einem Satz von Paracelsus auf die fortbestehende Relevanz von Intuition in einer stark wissenschaftlich ausgerichteten Medizin. Paracelsus verortet hierin „Intuition, die nötig ist, den Patienten, seinen Körper und seine Krankheit zu verstehen“ als grundlegende Voraussetzung des Arztes: „Ein Arzt muss über Wahrnehmungsvermögen und Tastsinn verfügen, um sich in die Befindlichkeit des Patienten einzufühlen“ (zitiert in: Lown 2002, S. 1). Hiermit ist zugleich die Diffusität aber auch Vielschichtigkeit des Phänomens Intuition bzw. der Verwendung des Begriffs zur Beschreibung von bestimmten, im Folgenden zu systematisierenden Fähigkeiten angezeigt.

Das Thema Intuition beschäftigt eine Reihe von Autoren, vielfach aus dem Kreis der ärztlichen Profession, die sich von verschiedenen Seiten an das Phänomen annähern¹⁹⁷. Von ungebrochener Aktualität ist offenbar nach wie vor die Frage nach Funktion und Stellenwert von Intuition im ärztlichen Handeln, mehr noch sie scheint sogar - wie generell die Relevanzzuschreibung von nicht-rationalen oder nicht-wissenschaftsbasierten Wissensformen und Erkenntnismethoden im ärztlichen Handeln - im Zeitalter der zunehmend als verwissenschaftlicht erscheinenden Medizin noch an Brisanz zu gewinnen. Intuition in der Medizin

¹⁹⁶ Auch erkennt Vogd eine Rehabilitation der „Intuition als sinnvoller Erkenntnismodus medizinischen Handelns“ in „akademischen Zirkeln“ (vgl. Vogd 2004a, S. 27).

¹⁹⁷ So wird Intuition teils anekdotisch exemplifiziert (z. B. unter Rückgriff auf Grimms Märchen Gevatter Tod als rettender ärztlicher „Kunstgriff“ (Maritz Mosimann/ Winzenried 1999, S. 29) als heldenhafte Sieg über den Tod durch einen vorwissenschaftlichen Arzt, jedoch primär auf ärztliches Handeln der Gegenwart bezogen.

werde zu wenig beachtet, so der Tenor, und im Kontext der naturwissenschaftlich orientierten Medizin vielfach unterschätzt (vgl. Lohff 1990, S. 24). Vor dem Hintergrund der Zurückdrängung intuitiver Zugänge aus der verwissenschaftlichten Medizin gibt es zahlreiche Stimmen, die eine Stärkung und Anerkennung von Intuition als „Ergänzung der wissenschaftlichen Erkenntnis“ (Ausfeld-Hafter 1999, Vorwort) anstreben. Diese für die ärztliche Praxis relevanten Phänomene sind im Folgenden zu fokussieren.

Als Grundtenor aller Beiträge kann die Bestimmung der modernen Medizin als „dualistischen Zugang zum Menschen durch kausal-analytisches Denken einerseits und durch intuitiv-synthetisches Vermögen andererseits“ im Sinne einer „subjektiven, eher gefühlsmäßigen Erfassung der Ganzheit einer Situation“ (ebd.) gelten. Erscheinungsformen der Intuition in der Medizin werden in verschiedenen Bereichen verortet, so in den intuitiven Entdeckungen genialer Forscher, der intuitiven Fähigkeit zu richtigen ärztlichen Entschlüssen trotz ungenügender Information, dem „klinischen Blick“ und der „intuitiv-empathischen Einfühlung in die Individualität und die Befindlichkeit des Kranken“ (vgl. Nager 1999, S. 151).

Das vielfach vorgetragene Thema der Unsicherheit ärztlichen Handelns wird häufig mit intuitiven Fähigkeiten in Zusammenhang gebracht, die sich in bestimmten Situationen als gegenüber kognitiv-rationalen Methoden der Problemlösung als überlegen zeigen. Dies gelte für intuitiv geleitete ärztliche Entschlüsse trotz diagnostischer Unsicherheit, z. B. im Fall von ungenügender Information:

„Es gibt Ärzte, die in dieser „science of uncertainty“ mit verblüffendem Spürsinn jeweils die richtigen Weichen stellen- diagnostisch und therapeutisch. Andere sind hoffnungslos, haarscharf daneben. Verzweifelt und vergeblich blättern sie in ihren Checklisten.“ (ebd., S. 152).

„Die im ärztlichen Alltag wichtigste Erscheinungsform der Intuition und wohl die eigentliche Brücke von der Heiltechnik zur Heilkunst“, nämlich „die intuitiv-empathische Einfühlung in die Individualität und in die innere Wirklichkeit des Patienten“ (ebd.) wird eng mit dem „klinischen Blick“ assoziiert, hier charakterisiert als „Fähigkeit, in einer Fülle von Fakten und Informationen auf Anhieb das Wesentliche einer komplexen Situation zu erfassen“ (ebd.). Die Intuition auf Grundlage „langjähriger klinischer Erfahrung“ wird hierbei als „seelische Grundfunktion“ und „kultivierte Schulung der eigenen fünf Sinne“ (ebd.) begriffen. Insbesondere die direkte Arzt- Patient- Interaktion betreffend werden eine Reihe von Verhaltensweisen und Dispositionen angeführt, die einer logisch- diskursiven Problemoperationalisierung und distanzierten Problembetrachtung widersprechen („zarte Empathie, die sich mit dem Gegenüber innigst identisch macht“, ebd.) und eine „gefühlsmäßige Beteiligung“ als Voraussetzung von Intuition zu Grunde legen (vgl. ebd.).

Jenseits eines als „gefühlsmäßig“ charakterisierten Zugangs wird Intuition in der ärztlichen Praxis auch als assoziatives Denken relevant: Die „gewohnte Verbindung von Sinneseindrücken mit bereits bekannten“, bzw. in seiner Steigerung als „einmalige Verbindung von Zusammenhängen zwischen früheren und neue Apperzeptionen“ (vgl. Groß 1992, S. 300), tritt im offensichtlichsten Fall in der Blickdiagnose, dem diagnostischen Erkennen beim bloßen Anblick des Patienten, zutage.

Catel vertritt in seiner Analyse der ärztlichen Intuition ein den Ursprüngen der ärztlichen Profession bzw. deren einstiger Selbstbeschreibung verbundenes Bild des Arztes als einem dem Künstler, aber interessanterweise auch dem Wissenschaftler ähnlichen Handlungstypus mit der Gemeinsamkeit der starken Relevanz intuitiven Erkennens. Den Wesenskern der Medizin sieht Catel folglich in der „Heilkunst“, die „ohne diese Intuition und Kreativität nur starres Gerüst eines Baumes ohne Blüten“ sei. Er spricht von der „Verzerrung des Urbilds des Arztes in das des Mediziners“, welches er kritisch als „Modebild“ (Catel 1979, S.15) konnotiert und verweist auf die Bedeutung von Intuition und Kreativität für die ärztliche Erkenntnis insbesondere in komplexen und neuartigen Situationen. Insbesondere das erste Ahnen der korrekten Diagnose, das den weiteren Verlauf der Interaktion mit dem Patienten leitet, sieht er als stark von Intuition getragen. Auch Catel lenkt zudem mit seiner Konzeption von Intuition als „Einfühlungsvermögen“ die Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Disposition des Arztes, die man als gefühlsgeliteten Erkenntnisprozess und emotionale Nähe zum Bearbeitungsgegenstand erkennen kann (vgl. ebd., S. 22).

Viele berühmte (Anfang bis Mitte des 20. Jahrhunderts tätige) Kliniker betonen den hohen Stellenwert von Intuition für ihr Tun, so z. B. F.V. Müller: „Ein Arzt ohne Intuition, Vorstellungskraft, Ästhetik (ist) ein Dummkopf; ohne Vernunft, diszipliniertes Denken, Logik ein Träumer.“ (zitiert in: Groß 1992, S. 296). So scheinen sich die grundsätzlichen, oftmals polarisierend behandelten Erkenntnisformen der Intuition und der Logik (auch und vor allem in der ärztlichen Praxis in ihrem Wesen als „praktische Wissenschaft“) keineswegs zu beeinträchtigen sondern eher zu begünstigen.

In einem ähnlichen Tenor argumentiert auch Heusser 1999, der die „therapeutische Intuition“ und deren „Freiheit und Kreativität“ als notwendiges Medium im Zusammenspiel mit bzw. als Voraussetzung zur Nutzung von objektiven Daten und Erkenntnismethoden stark macht: „Erst wenn ich das Wesen der pathologischen Erscheinung intuitiv denkerisch erfasst und damit die Diagnose gestellt habe, kann ich den objektiven Heilbedarf intuitiv denkerisch aufsuchen und aus Einsicht einen Sinn verwirklichen wollen“ (Heusser 1999, S. 92). Intuitive Denkkakte würden auch vor dem Hintergrund von Statistiken wirksam, welche erst durch Intu-

ition zur Erkenntnis erhoben würden, wie Heusser in Bezug auf die statistisch basierte evidenzbasierte Medizin anmerkt, da äußere Zusammenhänge in Form von statistischen Korrelationen erst durch das Erschließen innerer Zusammenhänge Sinn erlangen (vgl. ebd., S. 93). Auch Schubert, wenn auch nicht in expliziter Bezugnahme auf Intuition, folgert: „In der Praxis führt demnach die richtige Mischung von wissenschaftlichen Wissensbeständen und Erfahrungswissen, von Standardisierung und Abweichung, von objektiven Daten und subjektivem Gefühl zu einer möglichst wirkungsvollen, erfolgreichen und störungsfreien Behandlung“ (Schubert 2006, S. 196).

Unter der Fragestellung „Ist Intuition lernbar?“ (Maritz-Mosimann/ Winzenried 1999, S. 31-33) werden intuitionsförderliche Verhaltensdispositionen benannt, die sich unter dem Sammelbegriff „Aufmerksames Einlassen auf die Situation“ subsumieren lassen (z. B. „Erlernen der Kunst der empathischen Identifikation mit Objekten, Tieren, Menschen“, ebd., S. 31). Interessanterweise verorten sie Intuition nicht, wie man vielleicht mit dem Gedanken an spektakuläre Aktionen herausragender Ärzte annehmen könnte, in der singulären und seltenen Einzelleistung, sondern im alltäglichen, „unscheinbaren“ Handeln des Arztes („Geduld üben, anstatt zu intervenieren“¹⁹⁸, ebd. S. 30).

Als vergleichsweise prominenter Beitrag aus der aktuellen deutschsprachigen Diskussion darf eine zumindest kurze Einordnung von Gigerenzers „Bauchentscheidungen“ (2008) an dieser Stelle nicht fehlen. Gigerenzer vertritt die These einer herausragenden Bedeutung von emotionalen Entscheidungsgrundlagen, respektive Intuition, in fast allen Lebenslagen¹⁹⁹, vor allem auch explizit in der Medizin (vgl. Gigerenzer 2008, S. 169-190). Seine Ausführungen leitet Gigerenzer mit einem Zitat ein, das sich im Rahmen eines Plädoyers für „schnelle und einfache Faustregeln“ zum Ziel macht, „die kognitiven Prozesse jener hervorragenden Ärzte verstehen (zu) lernen, die ständig vorzügliche Entscheidungen treffen, ohne sich in erkennbarer Weise an den Kanon der evidenzbasierten Medizin²⁰⁰ zu halten“ (ebd., S. 169; Zitat Naylor

¹⁹⁸ Die Autoren verweisen an dieser Stelle darauf, dass hiermit sogar Kosteneinsparungen erzielt werden können: „Gespräche sind billiger als technische Abklärung“ (ebd.).

¹⁹⁹ Dementsprechend ist Gigerenzers Beitrag eher dem Bereich der allgemeinen Kognitionsforschung zuzuordnen als dem arbeitswissenschaftlichen Bereich.

²⁰⁰ Im Folgenden thematisiert Gigerenzer zunächst die moderne evidenzbasierte Medizin in einer kritischen Perspektive als nicht ausreichend belastbar fundierte Entscheidungsgrundlage. Allzu häufig seien keine eindeutigen Empfehlungen ableitbar, nicht zuletzt weil die Validität von Studienergebnissen aufgrund von ökonomischen Interessen der Pharmaindustrie nicht garantiert sei. Zusätzlich werde das Vertrauen der Patienten in ihren Arzt durch die Ökonomisierung des Gesundheitsmarkts (Bsp. „Verkauf“ von CTs in den USA) und die Furcht des Arztes vor Klagen (insbesondere in den USA) erschüttert. Der Arzt befinde sich durch das Vorhandensein diagnostischer Möglichkeiten, die in keinem vernünftigen Verhältnis zu Kosten-, Risiko- und Nutzenabschätzungen stehen, in einem „Di-

2001). Hinsichtlich einer effizienten Gesundheitsversorgung müsse der Arzt von einer überkomplexen statistisch basierten Entscheidungsfindung zur Kunst, „sich auf die wichtigen Aspekte zu konzentrieren, und den Rest zu vernachlässigen“ (ebd., S. 190), zurückkehren. Unter der Überschrift „Wie sich die ärztliche Urteilsfähigkeit verbessern lässt“ (ebd., S. 178-180) empfiehlt Gigerenzer die Implementierung von einfachen Entscheidungsregeln in Form eines „effizienten Entscheidungsbaums“ (ebd., S. 185) in die ärztliche Praxis. Mit diesem einfachen Werkzeug könne die klinische Intuition deutlich verbessert werden („Medizinische Intuition lässt sich trainieren“, ebd., S. 189).

Dass ebendies auf dem von Gigerenzer skizzierten Weg möglich und sinnvoll ist, erscheint vor dem Hintergrund der ärztlichen Expertiseforschung wie auch der arbeitssoziologischen Forschung zum erfahrungsgeliteten Handeln (B. 3.) jedoch als wenig wahrscheinlich- trotz der von Gigerenzer angeführten empirischen Verbesserung der Entscheidungsleistung in der kardiologischen Diagnostik (vgl. ebd., S. 182-183). Zu schematisch und zu wenig am praktischen Handeln orientiert konstruiert Gigerenzer den Prozess der Entscheidungsfindung auf der Basis von Ja Nein-Fragen (vgl. ebd., S. 185). Dies ist aus der Perspektive der Entscheidungsforschung nachvollziehbar, dennoch ist anzumerken, dass Gigerenzer dem komplexen Phänomen der Intuition als Form impliziten Wissens hiermit sicher nicht gerecht werden kann. Auch sein abschließendes Plädoyer für eine Unterstützung oder sogar Ersetzung von Intuition durch „Faustregeln“ als „dritte Alternative neben bloßer Intuition und komplexer Berechnung“ (ebd.) überzeugt als generelles Konzept wenig. Da Gigerenzers Analysen keinen Bezug auf zentrale Ergebnisse der Expertiseforschung nehmen und somit unklar bleibt, inwiefern implizites Wissen in seiner Konzeption von Entscheidungsprozessen Berücksichtigung findet, sind seine Vorstöße letztendlich als wenig anschlussfähig zu beurteilen.

2.3.3.6 Techniknutzung

Auch den Befunden und Analysen zur Nutzung von Medizintechnik können deutliche Hinweise auf das ärztliche Handeln als ein über ein „instrumentell“ zu bezeichnendes Handeln, wie es im Rahmen eines planmässig-objektivierenden Handlungsbegriffs vorgesehen ist, hinausgehendes Handeln entnommen werden.

Befundung im Rahmen bildgebender Verfahren: „Interpretationskunst“

lemma“, das sich in der Praxis als „Übermedikation“ und „Überbehandlung“ auswirke, die letztlich als verantwortlich für die vielzitierte „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ identifiziert werden kann.

Als „Fortsetzung der klinischen Untersuchung mit anderen Mitteln“ (Anschütz 1987, S. 238) verlangt die Nutzung von Medizintechnik, neben guten anatomischen Kenntnissen, die dem Bereich des formalen Wissens zuzuordnen sind, und handwerklichem Geschick im Sinne einer „Kunstfertigkeit“ (vgl. ebd.), vor allem sehr viel Übung. So wird von Rudolf, der mit der Radiologie ein komplexes bildgebendes Verfahren hinsichtlich der dessen Nutzung zugrundeliegenden geistigen Prozesse betrachtet, der Begriff des „Erfahrungswissens“ zur Beschreibung der ärztlichen Handlungskompetenz herangezogen (vgl. Rudolf 1993, S. 75). Zentrale Bedeutung erhalten hierbei die Elemente „Wahrnehmung“ und „Erfahrung“ (vgl. ebd., S. 89-106) wie auch die an den „Leib“ gebundene „Vielfalt der Sinne“, die er als eng verbunden mit „Empfinden“ und „Denken“ aufzeigt (vgl. ebd., S. 95-96). Rudolf schließt hierbei explizit nicht an einen „konventionellen“ Erfahrungsbegriff sondern an eine erweiterte Vorstellung von Erfahrungswissen als „hochdifferenzierte, in der Interaktion bzw. im Umgang mit komplexen und geistig anspruchsvollen Aufgaben erworbene Fähigkeit“ (ebd., S. 75.), wie sie im arbeitswissenschaftlichen Begriff von Böhle (siehe dazu B 4.4.1.) geprägt wurde, an. Er charakterisiert hiermit ein Wissen, das zwar „theoretisch anleitbar“ (ebd.) sei, sich jedoch „unterhalb der Bewusstseinschwelle“ (ebd.) ausbilde, dementsprechend kaum explizierbar sei und offenbar aufs Engste mit Prozessen der sinnlichen Wahrnehmung verbunden ist. Zudem rekurriert er auf die in der kognitionspsychologischen Forschung als relevante Fähigkeit festgestellte Leistung der „Mustererkennung“ zur Erklärung der in der bildgebenden Diagnostik ablaufenden Prozesse (vgl. ebd.). An die Phänomenologie Merleau-Pontys (B 3.2.3.) anknüpfend entfaltet Rudolf ein komplexes Bild der in der Radiologie stattfindenden Wahrnehmungsvorgänge, die er mit den Begriffen „Intuition“ und Ganzheitlichkeit“ als weit über ein Verständnis des Befundungsvorgangs als „kognitiv-bewußte Prozesse“ bzw. an den Abläufen der Computertechnologie orientierter Prozesse hinausgehend erläutert (vgl. ebd., S. 81-82).

Den radiologischen Befund ordnet Rudolf als „Interaktion dieses komplexen radiologischen Erfahrungswissens mit dem visuellen Material“ (ebd., S. 177) ein, wobei der Röntgenbefund „meistens vieldeutig“ sein und „im Umgang, im Arrangement der Informationen am Arbeitsplatz vom Radiologen ‚zum Sprechen gebracht‘“ (ebd.) werden müsse. Nur für das „geübte Auge“ seien „diese Artefakte leicht erkennbar“ (ebd.), wobei vor allem das Beurteilen von „Signalen“ als entscheidende Fähigkeit des Radiologen zu betrachten sei. Der als „schwer zu analysieren“ bezeichnete Frage, „mittels welcher kognitiver Mittel und Prozesse“ (ebd., S. 195) die radiologische Tätigkeit bewältigt werde, zudem welche „personenbezogenen Faktoren“ „Erfahrungen, subjektive Fähigkeiten und Fertigkeiten“ (ebd.) dabei eine Rolle spielten, wurde sich durch den Vergleich von Ärzten auf vier Erfahrungsstufen (vgl. ebd., S. 192-193) angenähert, wodurch die Annahme einer überlegenen Wahrnehmungsfähigkeit als Schlüsselkompetenz zur erfolgreichen Befundung (hinsichtlich „Güte“, „Differenzierungsgrad“ und

„Geschwindigkeit der Diagnosestellung“, ebd., S. 201) bestätigt werden konnte. Die Betrachtung des erfahrenen Radiologen enthüllte zudem die Fähigkeit des „schnellen, flexiblen Wechsel via Blicksprung“ (ebd., S. 209).

Auch die Betrachtung der dreidimensionalen Schnittbildverfahren CT und MRT verweist auf die Bedeutung von „Erfahrung“ und „Sensibilität“ vor allem in „kritischen“ Situationen („unter schwierigen Sichtbedingungen“) (vgl. Meyer-Ebrecht 1996, S. 242).

Insgesamt erscheint die Beherrschung eines medizintechnischen Verfahrens in hohem Masse abhängig von der klinischen Erfahrung ihres Benutzers (vgl. Fintelmann 2001, S. 35). Auch die Sonographie gehört zu den sehr übungsintensiven Verfahren, die erst auf einem hohen Niveau der technischen Beherrschung reliable, dann aber umso distinktivere Ergebnisse liefern.

Im Rahmen einer instrumentellen Konzeption der Techniknutzung wird vielfach übersehen, dass die „Interpretationskunst“ des Arztes, „eine Kunst, die sich zwischen Präzision und Phantasie bewegt“ (Feuerstein 1996b, S. 197), durch den Einsatz objektivierender Geräts nicht obsolet wird. Dies gilt, neben der oben angesprochenen Fähigkeit zur Erkennung von Unregelmäßigkeiten in technisch generierten Daten, auch und sogar in besonderem Maß für die bildgebenden Verfahren. Die zum Lesen z. B. eines Röntgenbilds oder eines Sonographiebilds erforderliche Interpretationsleistung, die sich bis heute als nicht technisch substituierbar erwiesen hat, gibt deutliche Hinweise auf ein komplexes Zusammenspiel von Wissensarten und Fähigkeiten. Bei aller (vermeintlichen) Objektivität der Anwendung von Technik gibt die subjektive Interpretationsleistung den Ausschlag über den Erfolg der Untersuchung. Die „scheinbare Sicherheit einer absoluten Objektivität oder Beweisbarkeit“ erweise sich in diesem Fall als „relativ“ (vgl. Fintelmann 2001, S. 36). Je höher die Ambiguität und Komplexität des Problems ist, desto mehr erfordert seine Bewältigung einen deutenden, interpretierenden Zugang, im Rahmen dessen quantitative Daten allenfalls nur als Richtschnur dienen können.

Ultraschall als kommunikativer Vorgang

Einen anderen Schwerpunkt, nämlich den der Betrachtung des kommunikativen Aspekts zwischen Arzt und Patient im Rahmen der Ultraschalluntersuchung legt Kirchner, indem sie den Prozess der Ultraschalluntersuchung als „vernetztes System mit einer Vielzahl von Kommunikationswegen, die alle gleichzeitig ablaufen“ (Kirchner 1999, S. 47, Original Langer 1989) veranschaulicht. In den Fokus gerät so die Integrationsfähigkeit des Arztes bezüglich der verschiedensten optischen, akustischen und visuellen Reize sowie deren „Deutung“. In die

Befundung einzubeziehen seien zudem die Angaben des Patienten wie auch die durch ihn nonverbal vermittelten Informationen. (vgl. ebd.). Dieser komplexe Prozess vollziehe sich „real-time“ (ebd., S. 48), d. h., weitgehend simultan, wodurch er sich als höchst anspruchsvolle Tätigkeit qualifiziert, die die Fähigkeit der sinnlichen Wahrnehmung maximal fordert.

Dem Einbezug des Patienten im Rahmen der Ultraschalluntersuchung als „Schnittpunkt zwischen Wissenschafts- und Alltagswelt“ (Titel) kommt in der Untersuchung Kirchners hohe Bedeutung zu. Der Patient werde „in hohem Maße zur Mitarbeit und eigenen Gedankentätigkeit angeregt und durch das Medium ‚involviert‘ (ebd., S 48, Original Langer 1989), wodurch sich die Untersuchungssituation als „Dreiheit“ (Triade) auszeichne (vgl. ebd., S. 50). Unter Bezug auf den, wie Kirchner anmerkt, „in der Medizin teilweise ungenügend reflektierten“ Leib-Ansatz nach Merleau-Ponty betrachtet Kirchner die vielfach in der ärztlichen Praxis vorgenommene Reduktion des Patienten auf seinen Körper, bzw. auf „Messdaten“, durch die technische Intervention, z. B. durch „Aufhebung des Kontaktes“, die sie im Ultraschall in vergleichsweise geringerem Masse sieht (vgl. ebd., S. 87).

Hiermit ist ein wichtiger Hinweis auf das Ultraschallverfahren als kommunikativer und interaktiver Akt zwischen Arzt und Patient benannt, der es in einem weiteren Aspekt von einem instrumentellen Vorgang unterscheidet. Auch die Vorstellung des Ultraschallbilds als objektive Abbildung, auch wenn es sich dabei um „ein durch Messdaten synthetisiertes Bild“ (ebd., S. 53) handelt, muss zugunsten der Annahme eines wesentlich komplexeren Prozesses der (folgt man Kirchner, auch den Patienten miteinschließenden) Bedeutungszuweisung abgelegt werden (vgl. ebd., S. 51-52). Es sei, im Anschluss an Merleau-Ponty und Fleck, nicht „unreflektiert vom ‚Sehen eines Ultraschallbilds‘ zu sprechen“ (ebd., S. 53), angezeigt sei vielmehr die Betrachtung der „Signal- bzw. Appellfunktion“ (ebd., S. 62) des „vieldeutigen“ (ebd.) Ultraschallbilds („Eine ‚steingefüllte Gallenblase‘ ist einmal ein Krankheitsherd, ein anderes Mal ‚ohne Bedeutung‘“, ebd.) bzw. des Vorgangs als „Produktion des Bildes“ oder (unter Bezug auf Knorr-Cetina 1991) als „Fabrikation von Erkenntnis“ (ebd., S. 92).

Schuberts „soziotechnische Ensembles“: Subjektivierender Umgang mit technischen Artefakten

Eine zeitgenössische Architektur des technisch mediatisierten ärztlichen Blicks als spezifische Form der Aneignung von technischen Artefakten begründet Schubert, der die Interaktion von Arzt und Medizintechnik im Rahmen von „soziotechnischen Ensembles“ (vgl. Schubert 2006, S. 15, S. 113f.) analysiert (siehe dazu auch A 2.). Fokussiert wird an dieser Stelle der Handlungsstil ärztlicher Experten im Umgang mit Technik, der, wie Schubert explizit verweist, als subjektivierendes Handeln (siehe dazu B 4.) erkennbar wird (vgl. ebd., S. 196), bzw. im von

Schubert postulierten „sozio-technischen Blick“ (ebd., S. 197) des ärztlichen Experten als erfolgreiches Zusammenspiel objektivierender und subjektivierender Erkenntnisformen greifbar wird. Des Weiteren liefert Schuberts Empirie für die Praxis der Anästhesie und andere Bereiche zahlreiche fundierte Beispiele für die Relevanz und Funktionsweise subjektivierenden Handelns (vgl. ebd., S. 196-1999), so z. B. dafür, wie Technik in „einem Prozess der subjektiv-situationalen Abwägung durch die Ärzte“ (ebd., S. 204) sinnvoll umgedeutet wird. Hierbei führe „der jahrelange, alltägliche Umgang mit Laborwerten und Patienten“ „zu einer spezifischen Praxis des Wahrnehmens, Einschätzens und Entscheidens“ (ebd., S. 195).

Entgegen der Annahme eines tendenziell instrumentell-objektivierenden Umgangs mit Technik, die vermeintlich Objektivität garantiere, spielen „Feeling“, „Händchen“, „sinnliche Erfahrung“, „das taktile Gespür“ „in der Praxis eine große Rolle“ (ebd., S. 196).

2.3.3.7 Therapie

Das durch die allgemeine Fokussierung auf die Diagnosestellung chronisch vernachlässigte Handlungsfeld der Therapie zeigt sich in der Praxis als Ort eines stark an das Individuum Patient angepasstes Vorgehen, dessen Anforderungen sich oftmals einer Standardisierung widersetzen. In der Abstraktion von einem wissenschaftlichen Bezugsrahmen durch die Entwicklung einer „therapeutischen Idee“ (Heusser 1999, S. 89) wird z. B. von Heusser, einem ärztlichen Praktiker, die eigentliche Kunst ärztlichen Handelns verortet.

„Aber für die ärztliche Tätigkeit kommt es hauptsächlich auf die Idee der Handlung (die therapeutische Idee) und deren Verwirklichung an. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über eine konkrete Problemsituation bilden dabei den Ausgangspunkt oder den Bezugsrahmen, in den hinein auch die therapeutische Idee eingefügt werden muss. Da die Therapie den wichtigsten Aspekt der Medizin darstellt, ist Medizin als solche nicht in erster Linie Wissenschaft, sondern *Kunst*, welche sich in der Ausübung des wissenschaftlichen Elements bedient.“ (Heusser 1999, S. 89)

Als Voraussetzung zur Entwicklung einer Therapie für den individuellen Patienten benennt Heusser „die Ausbildung der individuellen Denk- und Urteilskraft des einzelnen Arztes im Erkennen und Handeln“ (ebd., S. 92).

2.3.3.8 Der „gute Arzt“ und die „ärztliche Kunst“

Abschließend sind einige Einschätzungen zum „guten Arzt“ bzw. zur „ärztlichen Kunst“ darzulegen, wie sie häufig in verschiedenen Analysen und Reflexionen ärztlichen Handelns anklängen. Hierbei können ältere Aussagen und Einschätzungen neueren gegenübergestellt wer-

den. Es fällt auf, dass sich durchweg auf (scheinbar) personale Eigenschaften bezogen wird, die sich jedoch in der handlungstheoretischen Analyse als Schlüssel zu erfolgreichem ärztlichen Handeln erweisen, somit nicht als potentiell verzichtbare bzw. wissenschaftlich-technisch substituierbare Dispositionen des Handlungssubjekts betrachtet werden können.

Insbesondere in älteren Konzeptionen wird der Arzt stark über die Komponenten des (Mit-)Fühlens bestimmt. So sprach schon Goethe von „denkenden und fühlenden“ Ärzten (vgl. Steiner 1901, S. 585). „Ein guter Arzt muss Begeisterung mitbringen, eine moralische Affinität zu den Gefühlen seiner Patienten; um ihnen zu helfen, muß er imstande sein zu fühlen, was sie fühlen.“ (H. Selye, zitiert in: v. Troschke 2004, S. 7). Auch in der aktuellen Betrachtung der „Heilkunst“ wird sich auf „menschliche Fähigkeiten bezogen“ an die sie gebunden sei, wie z. B. v. Troschkes Befragung von Medizinstudenten ergab (vgl. v. Troschke 2004, S. 16-17). So bezeichnet Nager das professionelle Handeln von Ärzten als „Vollorchestrierung ihrer Persönlichkeit“ (Nager 1999 S. 161). „Ratio“ sei durch die „Weisheit des Gefühls zu ergänzen“ (ebd., S. 160).

Dem Wandel der ärztlichen Tätigkeit von der vorwissenschaftlichen Heilkunde hin zur wissenschafts- und technikgestützten Profession wird vielfach mit der Verortung der Medizin zwischen den Feldern Wissenschaft, Kunst und Handwerk Rechnung getragen. „Arztsein ist eben ein besonderer Beruf: ausgefüllt von Naturerkenntnis, Menschenkenntnis und Kunstfertigkeit (V. v. Weizsäcker, in: Anschütz 1987, S. 178). Auch diese Elemente werden zur Bestimmung des modernen Arztes in Vorschlag gebracht: „Ganzheitlich betrachtet und verwirklicht, ist die Medizin ein einzigartiger Beruf, ein wundersames Gemisch von Wissenschaft, Handwerk, Geschäft, Liebestätigkeit und Kunst. Die ersten drei Ingredienzien: Wissenschaft, Handwerk, Geschäft rufen die Denk- und Empfindungsfunktionen auf den Plan, die letzteren zwei: Liebestätigkeit und Kunst erfordern die Entfaltung von Gefühl und Intuition. Erst die gute Mischung dieser Ingredienzien erweitert die Heiltechnik zur Heilkunst.“ (Nager 1999, S. 158). Anschütz verweist in seiner Gegenüberstellung der beiden im ärztlichen Handeln verankerten Denkstile ‚Teleologie‘ und ‚Hermeneutik‘ auf die Notwendigkeit der Ergänzung der Naturwissenschaft durch die Geisteswissenschaft in der Medizin. Hermeneutik als deutende und verstehende Herangehensweise könne der Unschärfe des Handlungssettings Rechnung tragen, was die exakte Naturwissenschaft nicht vermöge (vgl. Anschütz 1987, S. 259). Auch Schölmerich charakterisiert die Medizin als „offenes System, in das Informationen, neue Erkenntnisse aus den Natur- und Geisteswissenschaften einfließen“ (Schölmerich 1988, S. 20).

In einigen Betrachtungen wird hingegen ein Spannungsfeld²⁰¹ „zwischen ärztlicher Kunst und ihrer (natur-) wissenschaftlichen Basis“ (Fliedner 2001, S. 32) oder gar ein Widerspruch zwischen den oftmals als Gegenpole betrachteten Handlungslogiken der Kunst und der Wissenschaft konstatiert. Insbesondere durch mittlerweile anachronistisch anmutende Bezüge zu einem von charismatischen Fähigkeiten getragenen Arzttum (auf das sich u. a. Rohde 1962 kritisch bezieht, s. o.) soll die Inkompatibilität der ärztlichen Handlungslogik (akzentuiert als „leib-seelische Wechselwirkungen“ und „Einfühlungsvermögen“ und „schöpferische Phantasie“) mit der nüchtern-technischen Profession verdeutlicht werden (ebd., S. 32-33). Sich auf Paracelsus berufend skizziert Fliedner relevante Eigenschaften des guten Arztes, so als eine in der Persönlichkeit verankerte „ärztliche Grundhaltung“ gegenüber Natur und Mensch, die nicht selten im Widerspruch zu den durch die Wissenschaftlichkeit der Medizin beförderten Denkstilen und Verhaltensweise stehe (vgl. ebd., S. 33).

So ist vorerst das Fazit zu ziehen, dass die Medizin als Kombination aus wissenschaftlichen und künstlerischen Zugängen aufgefasst werden muss, eine grundsätzliche Unvereinbarkeit dieser beiden Ansätze vor dem Hintergrund der referierten Konzepte und Befunde als nicht angemessen betrachtet werden muss. Vieles spricht dafür, dass „in ihrem schöpferischen Kern Kunst und wissenschaftlicher Fortschritt wesensverwandt (sind)“ (Reichert 2004, S. 19). Diesbezüglich verweist Nager auf die Maxime Goethes, „dass wir uns jede Wissenschaft notwendig als Kunst denken (müssen), wenn wir von ihr Ganzheit erwarten“ (zitiert in: Nager 1999, S. 161).

Zitate dieses Tenors ließen sich in großem Umfang anführen. An dieser Stelle soll das Fazit genügen, das „gutes“ ärztliches Handeln sowie die „ärztliche Kunst“, ob im vorverwissenschaftlichen Zeitalter oder in der Gegenwart der hochtechnisierten Medizin in der „anderen“ Seite ärztlichen Handelns verortet werden. Diesen Befund gilt es, im Rahmen der empirischen Untersuchung näher zu beleuchten und konkreter ausdifferenzieren.

²⁰¹ Hierzu zitiert er den berühmten Arzt Ferdinand Sauerbruch: „Die Medizin ist eine Naturwissenschaft, aber das Arzttum ist keine Naturwissenschaft, sondern Arzttum ist das Letzte und Schönste und Größte an Beziehung von Mensch zu Mensch. Das Arzttum ist Königliche; die Naturwissenschaften sind die Minister des Königs, die dienen müssen und nicht herrschen dürfen.“ (ebd., S. 32)

3 Erweiterung des Konzepts planmäßig-rationalen Arbeitshandelns - Integration unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen

Im Folgenden soll ein Überblick auf ausgewählte Wissens- und Handlungskonzeptionen gewährt werden, die geeignet sind, den Begriff planmäßig-rationalen Handelns zu erweitern. Erkenntnisse verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen sollen in eine alternative Betrachtung von Wissen und Handeln einfließen. Hierbei ist es das Ziel, eine konzeptuelle Erweiterung unter Bezug auf Problemlösen vorzustellen. Zunächst bietet die Kognitionsforschung erste „Abweichungen“ zu einem rationalistischen Konzept von Wissen und Denken an. Im Anschluss sind philosophische und wissenstheoretische Konzeptionen in den Blick zu nehmen, bevor abschließend Ansätze beleuchtet werden, die einen Handlungsbegriff jenseits von Planmäßigkeit zu Grunde legen.

3.1 Kognitionspsychologische Expertiseforschung- prominenteste Ansätze und Meilensteine empirischer Forschung

Sicherlich nicht zu Unrecht gilt „Expertise als Domäne psychologischer Forschung“ (Gruber/Ziegler 1996). Die vergleichsweise junge kognitionspsychologische Disziplin der Expertiseforschung hat einen wesentlichen Beitrag zur Revision und Neukartierung des rationalen Wissensbegriffs und der Vorstellung von Problemlösen als rein logisch-rationalem Vorgang geleistet. Ausgehend von der anfänglich im Rahmen der Begabungsforschung (Gruber 1991, S. 28-31) vorherrschenden Sichtweise einer angeborenen intellektuellen Überlegenheit bestimmter Personen („Genies“, „Hochbegabte“), auch bekannt als „Wunderkindforschung“, erwies sich die Annahme individueller dispositionaler Konstrukte zur Erklärung von Hochleistung letztendlich als empirisch nicht tragfähig (vgl. ebd., S. 245) und konnte in der Folge durch eine den Prozess des domänenspezifischen Expertiseerwerbs zentral stellende Betrachtung ergänzt, wenn nicht abgelöst werden (vgl. ebd., S. 26-27). Mittlerweile kann insbesondere dieses Feld als theoretisch und experimentell gut bestellt gelten: Zahlreiche Untersuchungen des Wissens und der Gedächtnisfunktionen von Experten haben zu einem fundierten Verständnis der Entwicklung von bereichsspezifischer Expertise beige-

tragen, so u. a. durch die Erkenntnis, dass bei ausreichend intensiver Beschäftigung offenbar nahezu jeder „Experte“ werden kann. Aufgrund der unterschiedlichen Grundausrichtungen der Expertiseforschung erwies sich jedoch lange Zeit bereits eine allgemeingültige Definition des Begriffs „Experte“ als schwierig. Breite Akzeptanz findet in der gegenwärtigen Debatte die vielzitierte Definition nach Posner 1988, der den Experten als Person konzipiert, „die in einer Domäne dauerhaft (also nicht zufällig und singulär) herausragende Leistungen erbringt“ (vgl. Gruber/ Ziegler 1996, S. 7-16).

Mit der Definition von Expertise als „Leistungsstärke im relevanten Gegenstandsbereich“ wird durch die „explizite Akzeptanz des Performanzkriteriums“ ein Paradigmenwechsel innerhalb der Expertiseforschung beschrieben (vgl. ebd., S. 8). Als anschlussfähig an Posners Definition erweisen sich folglich Ansätze, die Kriterien für Expertentum an Performanz, d.h. konkreter Leistung, festmachen. Die unterschiedlichen Kriterienkataloge weisen insgesamt eine ähnliche Stoßrichtung auf, so dass der Experte vorwiegend als Besitzer „bereichsspezifischen Wissens“ (Krems 1990), „reichhaltiger Erfahrung im Umgang mit domänenspezifischen Anforderungen“ und durch „hohe Flexibilität gegenüber neuen Problemsituationen“ (Gruber/ Mandl 1996, S. 19) definiert wird. Als empirischer Ausgangspunkt dient häufig der Vergleich zwischen Experten und den „performanzarmen“ Novizen, der den Experten als vergleichsweise effizienter, präziser und fehlerfreier arbeitend ausweist (vgl. Hacker 1992).

Als noch diffiziler, jedoch in enger Verwandtschaft hiermit stehend, erweist sich die Bestimmung des Terminus Expertise, mit welchem Wesen und Formen professionellen Wissens angesprochen sind. Dieser Punkt berührt unmittelbar die Akzeptanz verschiedener Wissensformen, nämlich ‚explizites‘ und ‚implizites‘ Wissen, als Expertenwissen. Bereits die synonyme Verwendung im angloamerikanischen Sprachraum als „Sachkenntnis“, aber auch „Kompetenz“ und „Geschick“ verweist auf Expertise als ein über den engen Rahmen fachtheoretischen Wissens hinausgehendes Fähigkeitsensemble, das die Grenzen eines rein kognitions-wissenschaftlichen Zugangs letztlich sprengt, wie insbesondere durch die Erforschung von tacit knowledge als Kernelement von Expertise in den neunziger Jahren endgültig untermauert wurde.

In notwendiger Kürze bzw. Ausführlichkeit dargestellt werden im Folgenden Meilensteine und prominentesten Befunde der deutschsprachigen und vor allem der US- amerikanischen Expertiseforschung, die als Begründer und Vorreiter des Forschungszweigs zu betrachten ist. Erreicht werden soll eine Veranschaulichung der Komplexität von Expertenhandeln, die einer

erweiterten Betrachtung des Zusammenspiels von Wissen, Handeln und Können den Boden bereitet²⁰².

3.1.1 Erste Phase: Der Humanexperte als „Black Box“

Im Anschluss an die kognitive Wende der Psychologie in den 1950er Jahren gewannen informationsverarbeitungstheoretische Ansätze bestimmenden Einfluss in der Psychologie. Im Anschluss an vor allem den Entwicklungspsychologen Piaget wurden im Unterschied zu zuvor gültigen Annahmen des Behaviorismus formallogische Operation als höchste Stufe der kognitiven Entwicklung angesehen, kognitive Informationsverarbeitungsvorgänge dementsprechend ins Zentrum der Betrachtung menschlicher Intelligenz gestellt (vgl. Schubert 2006, S. 21). Mit der Vorstellung psychischer Vorgänge als Informationsverarbeitungsprozesse wurden kognitive Prozesse als planvolles und strategisches Vorgehen, erfolgreiches Problemlösen als Resultat objektiver Problemanalyse im Rahmen eines klar abgrenzbaren Problemraums (vgl. Holyoak 1991, S. 301) konzipiert. Expertise, begriffen als Aneignung genereller Problemlösemethoden, wurde als prinzipiell durch Computerprogramme simulierbar („General Problem Solver“, Newell et al., ab 1957) betrachtet. Auf dieses Ziel richteten sich entsprechend erhebliche Forschungsbemühungen, so z. B. auf die Entwicklung des Schachcomputers, der als Prüfstein für die Potentiale künstlicher Intelligenz gewertet wurde. Ziel und Anspruch von Kognitivismus und KI-Forschung war es (und ist es nach wie vor), Handlungskompetenz durch maschinelle Artefakte hervorzubringen oder zumindest nachzuahmen (vgl. Brödner 1997, S. 158), wobei zwischen „starker“ im Sinne einer prinzipiellen Gleichartigkeit des Denkens von Mensch und Maschine und „schwacher“ KI-These, die die Simulation intelligenten Verhaltens durch Maschinen für möglich hält, zu differenzieren ist (vgl. ebd., S. 68; 186). Insbesondere von den Vertretern der analytischen Informationsverarbeitungstheorie, zu denen prominent Newell und Simon zu rechnen sind, wurde die grundsätzliche Gleichartigkeit der Vorgehensweise des Rechners und der menschlichen Kognition im Sinne einer „Isomorphie“, (nicht nur „Ergebnisgleichheit“, sondern sogar „Prozessgleichheit“, vgl. Drücker 1989, S. 4-5) unterstellt.

Primäre Felder des Formalisierungsprogramms in der „Phase der kognitiven Simulation“, als deren prominentester Kritiker und „scharfsinniger Beobachter“ sich schon früh Hubert Drey-

²⁰² In B 2.2. konnten durch die Darstellung der ärztlichen Expertiseforschung bereits einige Einblicke in Bezug auf den Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit gewonnen werden, die an dieser Stellen in den Gesamtzusammenhang eingeordnet werden können.

fus („What Computers can't do“, 1972) hervortat, sind zunächst die Bereiche der wohldefinierten Domänen. So konnten im Rahmen der Entwicklung von Schachcomputern Teilerfolge verzeichnet werden, „wohingegen die Leistungen der Simulationsprogramme bei schwierigen Problemen bescheiden blieben“ (vgl. Gruber 1991, S. 246). Menschliche Handlungskompetenz, die Handeln unter Unsicherheit ermöglicht (vgl. Brödner 1997, S. 76-77), sowie intelligentes Handeln in schwach strukturierten und semantisch reichhaltigen Bereichen konnte hingegen nicht simuliert werden. Der einstige Verfechter Newell bezeichnete bereits 1973 angesichts dieser unter den Erwartungen bleibenden Ergebnisse die K.I. deutlich einschränkend als „science of weak methods“ (vgl. ebd., S. 196). Weiterhin zeigte sich insbesondere durch die Arbeiten des Linguisten Chomsky (1957), dass sprachliche Kommunikation als menschliche Intelligenzleistung nur sehr begrenzt modelliert werden kann. (vgl. Feltovich/ Prietula/ Ericsson 2007, S. 43). Dies ist dem Umstand geschuldet, dass sich das Verstehen vieldeutiger sprachlicher Kommunikationsinhalte im Rahmen einer interpretierenden Bedeutungszuweisung des Gesagten erschließt, die verschiedene Ebenen sowie den Kommunikationskontext umfasst (vgl. Brödner 1997, S. 74-75, S. 190), somit einer Objektivierung weitgehend unzugänglich bleibt.

Die Ambition, menschliche Denkvorgänge im Rahmen formaler Modelle zu reproduzieren, ist zutiefst in einer „rationalistischen Vorstellungswelt“ (Brödner 1997, S. 33) verwurzelt, basierend auf der Grundannahme, dass kognitive Leistungen des Menschen durch Prozesse der Informationsverarbeitung nach der Funktionsweise einer symbolverarbeitenden Maschine zustande kommen. So wurde durch die frühen Kognitionswissenschaften die „Fiktion eines rational handelnden und denkenden Menschen massiv begünstigt“ (ebd.). Brödner bezeichnet die Entwicklung von Formen künstlicher Intelligenz als das prominenteste und extravaganteste Kind rationalistischer Tradition, ausgestattet nahezu schon mit dem „Nimbus des Magischen“. Das Scheitern der Zielsetzung eines „computerisierten Taylorismus“ mündete schließlich in eine große Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit (vgl. Brödner 1997, S. 185f.). Dennoch war die Expertiseforschung lange Zeit von einem beharrlichen Festhalten am „Computermodell“ der Informationsverarbeitung geprägt, dessen Grenzen zumindest in den frühen Phasen noch kaum reflektiert wurden. So konstatiert Drücker, die den Anschluss der holistischen Wahrnehmungstheorie nach Dreyfus an das Theoriegebäude des Psychologie anstrebt, eine generelle „Dominanz des Computermodells in den Kognitionswissenschaften“ (Drücker 1989, S. 10) - ein Leitbild, an welchem trotz sukzessiver Aufweichung und Erweiterung durch die Forschung der folgenden Jahrzehnte prinzipiell festgehalten wurde. Vor allem die Schwäche der Simulationsprogramme verdeutlichte jedoch die Notwendigkeit der „Loslösung von der Idee der Omnipotenz genereller Strategien“, wollte man Expertise in komplexen und semantisch reichen Handlungsfeldern begründen (vgl. Gruber 1991, S. 48). Als korrek-

turbedürftig erwies sich vor allem der Umstand, dass der eigentliche kognitive Vorgang durch die Methode des bloßen Vergleichs von Ausgangssituation und Ergebnis eine „black box“ blieb. (vgl. ebd., S. 46).

3.1.2 Zweite Phase: Erforschung kognitiver Prozesse beim Problemlösen

Paradoxerweise eröffnete indirekt die Künstliche Intelligenz-Forschung durch ihr Scheitern bzw. das Offenkundigwerden ihrer Grenzen die Tür zu einem erweiterten Verständnis von Expertise. Der Fokus der Expertiseforschung verschob sich im Anschluss allmählich vom engen informationstheoretisch definierten Begriff zu einer offeneren Hinwendung zu Phänomenen des „Könnens“, der Handlungskompetenz, und schließlich genereller zur Beschaffenheit der menschlichen Erkenntnisleistung.

Als „Urknall“ und bis heute gültiger Referenzpunkt der kognitionswissenschaftlichen Expertiseforschung ist die „Chunking Theory“ nach Miller 1956 zu betrachten, die erstmalig die grundsätzliche Verfügung des Menschen über sieben (+/-zwei) Informationsstücke („chunks of information“) feststellte (vgl. Gruber 1991, S. 58-59). An den Grundgedanken von Chunking als komplexitätsreduzierendes und ressourcenschaffendes Verfahren anknüpfend, erklären Chase/Simon 1973 die besondere Leistung von Schachexperten als effizientere Ausschöpfung der gedanklichen Speicherkapazität (vgl. ebd., S. 251), die durch die Verarbeitung „komplexer und besonders problemangepasster Informationsstücke“ (De Sombre/ Mieg 2003, zitiert in Pfadenhauer 2003, S. 59) möglich werde. Selbige enthielten eine hohe, grundsätzlich unbegrenzte Menge an Untereinheiten, so genannte „bits“ (vgl. Gruber 1991, S. 58). Chunking wurde in der Folge als allen kognitiven Prozessen zugrunde liegender Basismechanismus konzeptuell ausdifferenziert und empirisch vielfach repliziert. Als Ergebnis der Forschungsaktivitäten der folgenden zwei Jahrzehnte kann die kognitionswissenschaftliche Expertiseforschung auf ein profundes Erklärungsangebot von Expertise als spezifischer Form der Wissensorganisation- und Repräsentation verweisen. Als erklärungs mächtigster Faktor von Expertise wird nun das Vorhandensein einer wohlorganisierten Wissensbasis des Experten erkannt, Leistungsunterschiede beim Experte-Novize-Vergleich folglich mit für den Experten charakteristischen Eigenschaften der Informationsaufnahme- und Verarbeitung begründet. Expertise wurde in der Folge mit problemlösendem Verhalten gleichgesetzt, Heurist-

iken und Strategien als Mechanismen zur Lösung komplexer Probleme identifiziert (vgl. ebd., S. 245)²⁰³.

Die Schnittstelle zu einer neuen Ära der kognitionspsychologischen Expertiseforschung markiert schließlich die Abwendung vom „General Problem Solver“ zugunsten des nun fokussierten „Human Problem Solving“ (Simon/ Newell 1972). Konzeptuell zugrunde gelegt wird zwar weiterhin das Vorhandensein von sequentiell angewendeten Wenn-Dann-Regeln, neu ist hingegen deren Verankerung in bereichsspezifischem Wissen (vgl. Ericsson 2007, S. 11). In Abwendung von einer allgemeinen Expertisetheorie rückt also nun die Erforschung domänenspezifischer Expertise in den Fokus des Interesses, allen voran das Schachspiel. Begründet wird die Auswahl des Feldes Schach von den Forschern selbst mit dem klar abgrenzbaren Problemraum beim Schachspiel als „wohldefinierte Domäne“, welches die notwendigen Voraussetzungen für die grundlegende experimentelle Erforschung der menschlichen Kognitionsleistung zu bieten schien²⁰⁴. Im Rahmen standardisierter Laborbedingungen konnten so in einem nächsten Schritt kognitive Prozesse des Experten bestimmt werden.

Als herausragende Studien sind de Groot 1965 („the most influential and pioneering work on expertise“, Ericsson 2007, S. 11) und die eng an diesen anschließenden Chase/ Simon 1973 hervorzuheben (vgl. Holyoak 1991, S. 301-302), die schließlich den Bruch mit der bis dato gültigen Konzeption menschlicher Kognition in Analogie zum Computer herbeiführen. De Groot ging der Beobachtung nach, dass Schachmeister sich offenbar spontan für den korrekten, d. h., erfolgversprechendsten Zug zu entscheiden in der Lage sind. Durch die von ihm eingesetzte Methode des lauten Denkens („think aloud-protocols“, vgl. Ericsson/ Smith 1991, S. 9)²⁰⁵ entwickelte de Groot die Hypothese, dass die unmittelbare visuelle Verarbeitung eine größere Rolle spiele, als logisch-deduktives Denken, zudem bestimmte Mechanismen der Wahrnehmung und Verarbeitung von Schachpositionen aufgrund von Erfahrung wirksam würden. Dieser als bahnbrechend zu betrachtende Befund konnte durch Chase/ Simon 1973, die sich ebenfalls dem Phänomen der erstaunlichen Merkfähigkeit von Schachmeistern bzgl.

²⁰³ Zu erwähnen ist an dieser Stelle der kognitionspsychologische Problembegriff, der von Dörner 1987 als „besondere Situation, die sich dadurch auszeichnet, dass das Erreichen einer Zielsituation, auf die hin ein Handlungsträger in seinem Handeln orientiert ist, momentan verhindert wird“ definiert wird.

²⁰⁴ So begründen Chase/ Simon 1973: „As genetics needs its model organisms, its *Drosophila* and *Neurospora*, so psychology needs standard task environments around which knowledge and understanding can cumulate. Chess has proved to be an excellent model environment for this purpose“ (zitiert in: Gruber 1991, S. 9)

²⁰⁵ , ausführlicher zur Methode: Reitman Olson/ Biolsi 1991, S. 245f.

Figurenkonstellationen widmeten, experimentell repliziert werden. Neben der Bestätigung von de Groot's Entdeckung der überlegenen Gedächtnisleistung von Experten auf der Basis unbewusster Prozesse arbeiten sie diese in Weiterentwicklung des Chunking-Ansatzes zur „Pattern Recognition Theory“ aus (vgl. Gruber 1991, S. 64). Theoretisch integriert wurden hierdurch mehrere Merkmale des Problemlöseprozesses von Experten, deren Entdeckung das Verständnis von kognitiven Prozessen wesentlich erhellte. Die erste Feststellung betrifft die Wahrnehmung von Einzelaspekten als Muster nach dem Prinzip der „Mustererkennung“ (vgl. ebd., S. 245-250), die sich als der von Novizen praktizierten Abspeicherung von Einzelelementen („Einzelfigurerinnerer“, ebd., S. 64) als deutlich überlegen zeigte. Daraus wurde geschlossen, dass sich bereits die Informationswahrnehmung des Experten durch eine besondere Struktur auszeichne: Informationen würden in einem organisierteren Zusammenhang im Sinne eines „Rasters“ wahrgenommen, was von Gruber 1991 schließlich als „Perzeptionschunking“ (ebd., S. 251) bezeichnet wurde. Als wichtiger Schlüssel zu einer erweiterten Vorstellung des menschlichen Wahrnehmungspotentials kann weiterhin die Feststellung von „Assoziationen“ und deren konzeptueller Einbezug in die kognitionspsychologische Expertiseforschung gelten. Mit der Interpretation assoziativen Denkens als Wiedererkennen von im Langzeitspeicher des Experten abgelegten Spielsituationen (vgl. ebd., S. 67) wurde eine weitere Entfernung von der Ursprungsannahme rein rationaler kognitiver Prozesse vollzogen. Darüber hinaus wurde deutlich, dass Experten nicht nur auf rein visuell gespeicherte Muster zurückgreifen, sondern dass diese zusätzlich mit Bedeutung, einem Wissen über die erfahrene und dadurch „gelernte“ Spielsituation verknüpft sind. Die Bündelung von Einzelinformationen zu semantisch bedeutsamen Mustern - also die Verbindung objektiver Informationen mit subjektivem Sinn - ermögliche ihnen einen schnellen und zuverlässigen Zugriff auf lösungsrelevantes Wissen.

Expertenwissen konnte im Anschluss an diese Befunde nicht länger als bloße Akkumulation von Wissen gedacht werden. So kann insbesondere das beobachtete Phänomen der „bereichsspezifisch angepassten Problemwahrnehmung“ („perception of domain-specific, meaningful patterns“), auch als „kategorialer Wahrnehmung“ („categorical perception“) bezeichnet (vgl. de Sombre/ Mieg 2003, S. 59), als bedeutende Korrektur zum ursprünglich konzipierten rechnergleich speichernden Humanexperten bewertet werden.

Die „Pattern Recognition-Theorie“ mit ihrer These der Verknüpfung von chunks mit einem komplexen Wissensnetzwerk erschien geeignet, Expertise jenseits des Handlungsfeldes

Schachs zu beleuchten²⁰⁶. Eine weitere konzeptuelle Ausdifferenzierung gelang mit der „Skilled-Memory“-Theorie von Chase/ Ericsson 1981/1982, die mit der Zentralstellung von Erfahrung der Komplexität der Gedächtnisleistung und Wissensrepräsentation von Experten Rechnung zu tragen suchte (vgl. Gruber 1991, S. 68-73). Übertreffende Leistungen beim Memorieren von Zahlenkolonnen enthüllten neue Aspekte der spezifischen Form der Wissensorganisation durch den Experten, die zu drei zentralen Thesen gebündelt wurde. Bestätigt werden konnte das bereits beim Schach entdeckte Phänomen der assoziativen Verknüpfung von Informationen mit Bedeutung und deren Einbettung in bestehende Wissensstrukturen („Bedeutungshaltiges Enkodieren“). Ebenso verfügten Experten über eine besondere, ebenfalls auf Assoziationen beruhende „Abrufstruktur“, sowie daraus resultierend über die Fähigkeit zur „Geschwindigkeitserhöhung“, die die Informationsverarbeitungsrate des Lang- und Kurzzeitgedächtnisses aneinander angleiche. Ericsson 1985 reklamiert eine hohe Verallgemeinerbarkeit von Skilled Memory auf andere, auch natürliche Handlungsfelder, rückblickend wird jedoch auch diesem methodologisch- und theoretisch-konzeptuell kritisierten Ansatz und seiner Zentralstellung einer erfahrungsbasierten, effizienten Informationsverarbeitung lediglich die Beschreibung einer weiteren Facette von Expertise bescheinigt (vgl. Gruber 1991, S. 76).

Auch qualitative Veränderungen der Wissensorganisation im Laufe des Expertiseerwerbs rücken nun in einer Reihe von Ansätzen in den Fokus des Interesses, von denen nur einige wenige stellvertretend als typische Erklärungsmodelle für diese Ära der Expertiseforschung angeführt werden können. So stellen Chi und Mitarbeiter (Chi/ Feltovich/ Glaser 1981 sowie Chi/Glaser/ Rees 1982) für das Gebiet der Physik unterschiedliche Schemata in der Wissensorganisation von Experten und Novizen fest (vgl. Rothe/ Schindler 1996, S. 41), während Anderson 1983 mit seinem vielzitierten „ACT-Modell“ den Prozess der „skill acquisition“ als Übergang von deklarativem Wissen zu prozeduralem Wissen durch eine Phase der „Kompilierung“ beschreibt (vgl. Drücker 1989, S. 48f.). Auch Kolodner 1983 konzipiert unter Bezugnahme auf Vorläufertheorien aus dem Bereich der Schemataansätze, speziell den Skriptenansatz von Schank 1982, mit seinem Konzept der „E-MOPs“ (Episodic Memory Organization Packets) Expertise als erfahrungsbasierte Reorganisation von Wissensstrukturen. Nach Kolodner verfügen Experten im Vergleich zu Novizen über „überlegene episodische Definitionen“, die durch die reflexive Anwendung von Wissen erlangt werden und flexible Repräsentationsformen verschiedener Wissensstufen (deklaratives wie auch prozedura-

206 Chunking-Prozesse konnten in der Folge auch für andere Domänen bestätigt werden, so auch für die Medizin (Patel/ Groen 1991), bei der der Diagnoseprozess ebenfalls als zu lösendes Problem betrachtet werden kann.

les Wissen) zur Verfügung stellen. Expertiseentwicklung wird unter dieser theoretischen Perspektive als „fortgesetzte Verfeinerung episodischer Definitionen durch wiederholte Anwendung domänenspezifischen Wissens“ begriffen (vgl. Gruber/ Mandl 1996, S. 24-25).

Hervorgehoben wird die Bedeutung von Erfahrung auch in der späteren Untersuchung von Schachexperten durch De Groot 1986, der in diesem Zusammenhang erstmals das Phänomen der Intuition thematisiert. Die Fähigkeit des Experten, auch unter Unsicherheit Entscheidungen zu treffen, rückte hiermit ins Blickfeld der Betrachtung und wurde von de Groot mit dem Verweis auf Erfahrung als Entscheidungsgrundlage, als die er Intuition dechiffriert, erklärt.

„Intuition is a name for rule- based cognitive processing where the rules consist of generally valid, experience-based heuristics, the details of which are not readily accessible to consciousness.“ (zitiert in: Gruber/ Mandl 1996, S. 20):

Praktischer Erfahrung wird an dieser Stelle, unabhängig von bewusstseinsmäßig-reflektivem Wissen und dessen abstrakter Vermittlung, ein zentraler Stellenwert zugestanden, weiterhin das Phänomen der Intuition – wenn auch um den Preis seiner weitgehenden Rationalisierung - aus der irrationalen Ecke geholt.

Ein weiterer prominenter Forschungszweig beschäftigt sich mit charakteristischen Abläufen des Problemlöseprozesses von Experten im Vergleich zu Novizen, die unterschiedliche Strategien der Problembewältigung offen legen. Nach der Entdeckung der für den Experten charakteristischen Strategie der Problemzerlegung durch Zwischenziele („Means-End-Analysis“, Newell/ Simon 1972) als zunächst noch „schwache“ Methode (vgl. Holyoak 1991, S. 304) konnten Simon/ Simon 1978 mit der Entdeckung verschiedenartiger Lösungsstrategien im Sinne einer „Vorwärtssuchstrategie“ („Forward Reasoning“) des Experten (im Unterschied zur für den Novizen typischen „Rückwärtssuche“) einen weiteren qualitativen Aspekt von Expertise beisteuern. Vorwärtssuche als wissensbasierte Strategie schafft zum einen wertvolle kognitive Ressourcen (vgl. Zumbach/ Haider/ Mandl 2007, S. 5), zudem wurde sie als eine dem Experten eigene Form der Repräsentation des Problemraums gedeutet. Der Experte ist offenbar in der Lage, aufgrund seines umfangreichen Hintergrundwissens eine unmittelbar problembezogene und damit effizientere Strategie anzuwenden als der Novize, der unter erheblichem Mehraufwand zahlreiche systematisch zu prüfende Zwischenhypothesen benötigt, dessen Problemlöseprozess dadurch nicht nur ineffizienter, sondern zudem deutlich fehleranfälliger sei. Die „starke“ Methode der Vorwärtssuche erwies sich als durchweg überlegene Strategie, die vom Experten bis zu einer gewissen Komplexitätsschwelle (vgl. Holyoak 1991, S. 304) bevorzugt befolgt werde. Auch konnte hierdurch die Bedeutung von Vorwissen im Sinne einer Antizipation der korrekten Lösung erneut untermauert werden (vgl. Gruber 1991, S. 52).

Insgesamt vielfach repliziert werden konnte die Bedeutung bereichsspezifischen Vorwissens bzw. von Erfahrung im Rahmen von Experten-Novizen-Vergleichen. Griffig zur „Zehn-Jahres-Regel“ zusammenfassbar (de Sombre/ Mieg 2003, S. 59) betont die „Deliberate-Practice“-Theorie (Ericsson et. al. 1993) die Notwendigkeit einer mindestens zehnjährigen intensiven und reflektierten Praxis zur Erreichung des Expertenstatus innerhalb einer Domäne. So gilt es in der späten zweiten Phase der Erforschung von Expertise als Konsens, dass Erfahrung bzw. der Erwerb von domänenspezifischem Vorwissen als entscheidender Faktor für Expertise zu betrachten ist (vgl. Holyoak 1991, S. 302). Einer der herausragendsten Befunde bezieht sich somit auf die Schwierigkeit oder sogar prinzipielle Unmöglichkeit, Expertise in Abstraktion von den jeweiligen Handlungsfeldern zu begründen („There appears to be no single ‚expert way‘ to perform all tasks“, Holyoak 1991, S. 309).

Zu nennen ist aus der Vielzahl der Forschungsbestrebung zur Erklärung von Expertise weiterhin die Strömung der „kognitiven Flexibilität“ (Spiro/ Feltovich/ Jacobson/ Coulson 1991), die die „Fähigkeit (bzw. Unfähigkeit) einer Person, ihr Verhalten an das Anforderungsprofil von Problemsituationen angleichen zu können“ (Krems 1996, S. 80) bezeichnet. Krems stellt einen positiven Zusammenhangs von höherer Expertise und dem Vorhandensein kognitiver Flexibilität fest (vgl. ebd., S. 89). Ausgangspunkt hierfür ist die Beobachtung, dass Experten sich durch das Alleinstellungsmerkmal auszeichnen, nicht nur in Routinefällen und Standardsituationen erfolgreich agieren zu können, sondern insbesondere in schlecht strukturierten Feldern²⁰⁷. Die Ursache hierfür wird in der facettenreichen und vielschichtigen Repräsentation des Expertenwissens gesehen (vgl. ebd., S. 81).²⁰⁸ Im Licht dieses Gedankens kann besonders anschaulich die Fortentwicklung der kognitionswissenschaftlichen Expertiseforschung als zunächst wie von de Groot und Chase/Simon konzipierte Verfügung über eine bestimmte Anzahl von Wissenseinheiten bis hin zur später aufgezeigten unterschiedlichen qualitativen Strukturiertheit nachvollzogen werden²⁰⁹. Keinesfalls, wie von Krems betont, als „bloßes verdachtsgeleitetes Herumprobieren“ oder „Irrlichtern im Alternativenraum“ (ebd., S. 83)

²⁰⁷ Zu denen auch und vor allem die Medizin zu rechnen ist (vgl. Law/ Wong 1996, S. 135).

²⁰⁸ Interessant ist auch die Abwägung einer möglichen Inhibition durch domänenspezifisches Vorwissen, d. h. einer flexibilitätshemmenden kognitiven Blockade, die an dieser Stelle nicht bestätigt wurde. Zu diesem Ergebnis kommen jedoch Renkl et. al. 1994 auf Grundlage ihres Experiments „Jeansfabrik“, in welchem sich domänenspezifisches Vorwissen überraschenderweise negativ auswirkte. Als Einschränkung ist eventuell anzuführen, dass es sich bei den Probanden um Studenten, also keine ausgereiften Experten handelte, die sich als der fachfremden Vergleichsgruppe als unterlegen erwiesen.

²⁰⁹ Siehe hierzu die Phasen der Expertiseforschung bei Krems 1996, S. 84-85

misszuverstehen, wird Expertenhandeln, vor allem in komplexen Handlungsfeldern, zunehmend als „flexible switching among alternative strategies“ (Holyoak 1991, S. 306) deutlich.

3.1.3 Dritte Phase: Fokussierung von tacit knowledge und „Real World Research“

Nachdem der Schwerpunkt lange Zeit der Erforschung expliziten Wissens galt, war die Erkenntnis gereift, die wissenschaftliche Betrachtung und Integration des bislang ausgeklammerten Bereiches des impliziten Wissens als notwendig für ein umfassendes Verständnis von Expertise zu betrachten²¹⁰. Das Spektrum des „informal knowlegde“, wenn ihm auch eine außerordentliche Bedeutung²¹¹ vor allem in den so genannten „professions“²¹², zugesprochen wird, musste zu diesem Zeitpunkt weitgehend als terra incognita gelten²¹³.

Im Zentrum des Interesses der Expertiseforschung steht nun die Untersuchung der Rolle und Funktionen von tacit knowledge. Insbesondere interessierte dessen Zusammenwirken mit explizitem Wissen in verschiedenen professionellen Handlungsfeldern, wie u. a. Recht, Management sowie der Medizin. Zum Ende des Jahrzehnts konnten Befunde zu den verschiedenen Handlungsfeldern in einem weiteren Sammelband zusammengetragen werden („Tacit Knowledge in Professional Practice“, Horvath/ Sternberg 1999). Die „Natur“ impliziten Wissens bzw. von tacit knowledge wird in der neueren US- Forschung in erster Linie als prozedu-

²¹⁰ „We endeavor to understand the tacit as well as the explicit dimensions of knowledge“, Patel et. al. 1999, S. 76-77

²¹¹ „Cognitive researchers have realized that informal knowledge is as important as, and sometimes more important than, formally acquired knowledge“, Patel et. al. 1999, S. 77

²¹² „Probably nowhere is the study of implicit knowledge more important than in the professions“ (Patel et. al 1999, S. 77). Diese hier nur kursorisch angesprochenen Überlegungen reflektiert die US-typische Konzeption von „profession“, die sich durch den verstärkten Einbezug bzw. sogar die konzeptuelle Integration von Gedanken der tacit knowledge-Forschungstradition auszeichnet. So subsumiert Horvath 1999 (Horvath/ Sternberg 1999, Preface) in seiner Einleitung zu „Tacit Knowledge in Professional Practice“ den von ihm zur Beschreibung erfahrungsbasierten („thoroughly grounded in experience“), personengebundenen Wissens verwendeten Terminus des „personal knowlegde“ unter den Oberbegriff des „tacit knowledge“ nach Polanyi (zu Polanyi siehe B 3.2.1.). Die darüber hinaus gehende Charakterisierung dieses Wissens als „human knowlegde“ (ebd.) verweist auf die spezifische Akzentuierung der späteren US-Forschung, Formen impliziten Wissens als besondere menschliche Befähigung zur Wahrnehmung und Erkenntnis zu betrachten. Diese Vorstellung unterscheidet sich deutlich von der deutschsprachigen Forschungstradition, die Expertise stärker auf der Basis formalisierten Wissens konzipiert.

²¹³ Noch relativ vage bestimmt wird es auch Ende der neunziger Jahre als eine spezifische Form der Sichtweise und des Agierens: „Tacit knowledge can be identified in assumptions, biases, ways of looking at the world, and forms of behavior that take advantage of situational factors“ (Patel et. al. 1999, S. 78).

rales Wissen („thumb rules what to do under what circumstances“) begriffen, welches sich der Introspektion seines Besitzers entzieht („not readily available for introspection“). Unter einem machttheoretischen Gesichtspunkt wird es darüber hinaus im Unterschied zu explizitem Wissen als individuelle Ressource ("source of individual differences until it is made explicit“) thematisiert (vgl. Sternberg 1999, S. 231-233).

Implizites Wissen wird somit erstmalig in der kognitionspsychologischen Expertiseforschung als Element von Expertise konzipiert. Mit dem Ziel, Aufschluss über die „tacit dimension“ von Expertise zu gewinnen, stand die Differenzierung des tacit knowledge-Begriffs sowie dessen Erscheinungsformen und Stellenwert für das professionelle Handeln im Vordergrund der folgenden Forschungsaktivitäten („We need a more differentiated understanding of the broad range of phenomena that have come to be grouped under the umbrella term tacit knowledge“, Horvath 1999, Preface x). Von der empirischen Untersuchung professioneller Praxis versprach man sich eine neue Perspektive auf das Wesen von Expertise („Practitioners, for their part, bring a fresh and pragmatic perspective on the phenomena of ‚knowing more than we can tell‘“, Horvath 1999, Preface xi). Aus dieser Erkenntnis erwächst schließlich der Anspruch an eine Expertisetheorie, die in der Lage ist, beide Formen professionellen Wissens, das explizite und das implizite Wissen, nicht als Widerspruch, sondern in ihrer Interdependenz zu erfassen. Die Anerkennung als verschiedenartige Wissensgattungen²¹⁴ bilde nur einen Teil des komplexen Gesamtzusammenhangs ab: Vielmehr zeigen sich beide Wissensformen als eng miteinander verwoben, mehr noch, sich wechselseitig bedingend bzw. interagierend.

Der Gebrauch von tacit knowledge wird insgesamt als Gratwanderung, bzw. ambivalent skizziert. Anerkannt wird es als unverzichtbare Grundlage zur Lösung vielfältiger Problemstellungen, z. B. als Fähigkeit zur Differenzierung relevanter und irrelevanter Inhalte oder als Grundvoraussetzung erfolgreichen Handelns („Understanding what tacit knowledge to apply in a given situation can spell the difference between success and failure“, ebd., S. 234) im Sinne eines im praktischen Handeln verankerten und für das Erreichen von Zielen funktionalen Wissens („intimately related to action and relevant to the attainment of goals“, ebd.). Gewürdigt wird es auch als anwendungsbezogenes Wissen, dass die Entscheidung für bzw. gegen regelgeleitetes Handeln begründen ("whether a particular explicit rule applies or not“) kann. Der Erwerb von tacit knowledge wird dem Bereich der praktischen Erfahrung zugeordnet ("tacit knowledge is acquired largely from experience“). Diese Verwurzelung in konkreten Situationen wird auch als Nachteil, eventuell sogar als Gefahr (potentially harmful“) betrach-

²¹⁴ "Explicit knowledge and implicit knowledge are two separate forms of knowledge which are effected by different mechanisms and acquired through different experiences" (Patel et. al. 1999, S. 79).

tet: Als situatives Wissen wird ihm Lernresistenz bzw. eine Blindheit gegenüber neuen Situationen zugeschrieben („Tacit knowledge ist so situated by nature that it may resist any kind of useful codification that actually could be recognized“), Grenzen von tacit knowledge aufgrund seiner Gebundenheit an Muster („pattern-driven“) insbesondere in mehrdeutigen Situationen teils noch stark akzentuiert (vgl. Sternberg 1999, S. 233-234).

Durch die Betrachtung vom implizitem Wissen als hinsichtlich seiner konstitutiven Erwerbsprozesse und Funktionsweisen differente Wissensform, gerät zunehmend die Ebene des praktischen Handelns in den Blick („the acquisition of tacit knowledge takes place in real-world environments“. Patel et. al. 1999, S. 76-77). Die Untersuchung impliziten Wissens könne nicht in einer künstlichen Laborsituation erfolgen, sondern erfordere eine Erfassung am Ort seiner Genese („Laboratory studies paint only part of the picture. To complete the landscape, we argue for an extension of the basic research to include investigation of how experts perform in real world practice“). So wurde die Erforschung impliziten Wissens durch eine auch methodische Neuausrichtung, dem Übergang von den Kognition in den Vordergrund stellenden Laborstudien zu Feldstudien („Decision-Making in dynamic real world environments“), verwirklicht. Zur Erfassung dieser vergleichsweise schwieriger zu erforschenden Wissensbestände zeigten sich einzig Feldstudien, „complex real-world settings“ (Patel et. al. 1999, S. 86) geeignet, da diese auch realistische Beschränkungen einer komplexen Umwelt offenbarten. Der Experte wird nun als (erfolgreich) Agierender innerhalb eines komplexen, vom Zusammenspiel vieler Faktoren und (organisatorischer) Beschränkungen abhängigen Handlungsfeld sichtbar. Tacit knowledge wird so im Rahmen der neueren US-Forschung zunehmend als „enabler of practically intelligent behavior“ (vgl. Cianciolo et. al. 2007, S. 615) und deutlich.

Auch die aktuelle (deutschsprachige) Psychologie widmet sich mittlerweile von ihr im frühen Expertisediskurs weitgehend ausgegrenzten Themen. Speziell mit dem Phänomen der Intuition als Erscheinungsform impliziten Wissens, wenn auch von ihm nicht so eingeordnet, beschäftigt sich Gigerenzer 2008²¹⁵ im Zuge der derzeit populären Thematisierung von Emotionen (u. a. als „emotionale Intelligenz“). Gegen die lange unangefochtene Gültigkeit des Prinzips des rationalen Entscheidens und planmäßigen Handelns („Erst denken dann handeln“) plädierend argumentiert er für den (unbewussten) Einsatz von Intuition und „Bauchgefühlen“ als in vielen Situationen ausschlaggebendes Momentum des Entscheidungsverhaltens. Die von ihm synonym verwendeten Begriffe „Bauchgefühl“, „Intuition“ oder „Ahnung“ bezeichnen ein Urteilsverhalten, „das rasch im Bewusstsein auftaucht, dessen tiefere Gründe uns

²¹⁵ Gigerenzer 2008 beschäftigt sich auch gesondert mit der ärztlichen Intuition, siehe B 2.3.3.6.

nicht ganz bewusst sind und das stark genug ist, um danach zu handeln“ (Gigerenzer 2008, S. 25). Hierbei behandelt Gigerenzer Intuition als intelligentes Verhalten, das „häufig (...) ohne bewusstes Denken am Werk“ sei. Gerade in der Fähigkeit der unbewussten Entscheidung für den erfolgversprechenden Lösungsweg sieht er die „Intelligenz des Unbewussten“, das „ohne zu denken weiß, welche Regel in welcher Situation vermutlich funktioniert“ (vgl. ebd., S. 26-27). Die Handlungsfähigkeit des Experten gründe somit auf Entscheidungsregeln („Heuristiken“, bzw. „Faustregeln“), die nicht-rationalen Prozessen zugrunde liegen. Aufgrund der von ihm beschriebenen „evolvierten Fähigkeiten“, einer naturgegebenen menschlichen „Möglichkeit, die dann durch längere Übung zu einer Fähigkeit wird“, würden die einfachen Regeln, deren Vorhandensein von den früheren psychologischen Erklärungsmodellen isoliert in der einen oder anderen Ausführung angeboten wurden, wirksam (vgl. ebd., S. 24-25).

3.1.4 Fazit und Kritik kognitionspsychologische Expertiseforschung

Die auf die Neuausrichtung der Expertiseforschung durch Chase/ Simon 1973 aufbauende Forschungstradition der siebziger und achtziger Jahre konnte zunächst die Komplexität der Wahrnehmungs- und Gedächtnisleistung von Experten empirisch fundieren (vgl. Ericsson 2007, S. 12). Insbesondere das relativ stark standardisierte Feld des Schach bot mit seiner konstanten, dennoch experimentelle Manipulation ermöglichenden Umgebung ein optimales Untersuchungsfeld mit replizierbaren und so vergleichbaren Ergebnissen, zudem eine gute Messbarkeit der Leistung der Versuchspersonen. Durch die Befunde der experimentellen Laborforschung konnte die Überlegenheit des Experten mit dessen spezifischer Form der Wissensorganisation („highly interconnected knowledge base“) erklärt werden. Aufgrund dieser Ausrichtung werden weite Teile der kognitionspsychologischen Expertiseforschung hinsichtlich ihrer „Reduktion von Expertise auf Gedächtnis- und Wissenseffekte“ (Gruber 1991, S. 74) kritisiert, im Rahmen derer „Wissen im Sinne seiner Kumulierung tendenziell als invariant betrachtet wird“ (Gruber 1991, S. 76), somit mögliche strukturelle Besonderheiten von Expertenwissen außer Acht gelassen werden.

Als herausragender Befund muss die Bedeutung von domänenspezifischem Vorwissen und Erfahrung, der die endgültige Verabschiedung vom Computermodell mit sich brachte, festgehalten werden. Domänenspezifische Gedächtnisleistungen sowie Effizienz, Schnelligkeit, Genauigkeit und Flexibilität bei der Problemlösung werden auf dieser Grundlage möglich.

Expertiseentwicklung wurde in der Folge zunächst als Ausbildung effektiver Wissens- und Entscheidungsstrukturen sowie der Entwicklung von Handlungsprogrammen und deren Au-

tomatisierung konzipiert (vgl. Rothe/ Schindler 1996, S. 37). So lautet auch das Resümé des ersten großen Sammelbands zur Expertiseforschung „Toward a General Theory of Expertise“ (1991): „The second generation theories of expertise, with their emphasis on the acquisition of more specialized production rules through knowledge compilation, can be characterized as attempts to explain routine expertise“ (Holyoak 1991, S. 311). Der Bereich der Expertise in Routinesituationen ist als überaus gründlich erforscht zu betrachten, beleuchtet jedoch nur bestimmte Aspekte des Problemlösevorgangs von Experten, die mit der Kategorie „Reasoning“ zu fassen sind. Expertise zeichnet sich jedoch vor allem durch das Merkmal der Handlungsfähigkeit in nicht-routinisierten Zusammenhängen aus (vgl. Krems 1996). Die Gegenüberstellung von so genannten wohldefinierten („well-defined“) und schwach definierten Bereichen („ill-defined problems“)²¹⁶ erweiterte schließlich das Verständnis der Problemlösefähigkeit von Experten. Deutlich wurde hierdurch, dass der Experte vor allem in schlecht definierten Situationen nicht primär mit Algorithmen, Heuristiken oder Schemata operiert, sondern vor allem auf kontextbezogene, spezifische Erfahrungen zurückzugreift (vgl. Zumbach/ Haider/ Mandl 2007, S. 3). Hiermit sind zugleich die Grenzen der Erkenntnismöglichkeiten der Kognitionspsychologie benannt, die mit ihrem theoretischen Instrumentarium keine tiefer gehende Beschreibung dieser Phänomene leisten kann.

Konsequenzen hatte der Erkenntnisfortschritt der Expertiseforschung auch für die Leitvorstellungen der KI: Als „Geburtsstunde der Expertensysteme“ gilt der in den siebziger Jahren vollzogene Übergang von der Entwicklung genereller Algorithmen (im Sinne des „General Problem Solver“) hin zur Wissensrepräsentation mit der Modellierung domänenspezifischen Wissens, womit der durch die Expertiseforschung herausgestellten hohen Bedeutung diesen Wissens Rechnung getragen wurde. In den Fokus des ingenieurwissenschaftlichen Ehrgeizes geriet somit das implizite und unregelmäßige Expertenwissen, welches durch den Prozess des „Knowledge Engineering“ in Wissensbasen übertragen werden sollte (Prozess der „Wissensakquisition“, vgl. Marckmann 2003, S. 41). Expertensysteme mit zwei getrennten Modulen, der „Reasoning Engine“ (oder „Inference Engine“) und der Wissensbasis („Knowledge Base“), wurden entwickelt (vgl. Brödner 1997, S. 200, Degele 1994, S. 24, S. 48). So wurde versucht, den Problemlösevorgang an sich durch den Aufbau heuristischer Regeln zu formalisieren. Insbesondere ein als „knowledge of good practice“ wie auch ein als „art of good guessing“ (Buchanan et. al. 2007, S. 94f.) bezeichnetes Expertenverhalten konnten nur sehr unvollständig im Rahmen von Wenn-Dann-Sätzen („Produktionsregeln“) abgebildet wer-

²¹⁶ Eine Systematisierung leistet Kluwe 1997, S. 449

den²¹⁷. Aufgrund der Natur impliziten Wissen erwies sich bereits seine Einspeisung in das technische System, Schlüssel zum Erfolg eines Expertensystems („expert systems rely essentially on explicitly articulated knowledge“, ebd, S. 90), als systematisch unlösbare Aufgabe. Insbesondere die Fähigkeit des Humanexperten zur „holistischen“ Informationsverarbeitung bzw. zur Problemlösung ohne vorherige Zerlegung des Problems in Teilziele, oftmals auch als intuitives Problemlösen bezeichnet, markiert die Schranken einer maschinellen Reproduktion (vgl. Marckmann 2003, S. 46). Die offenkundig werdenden Grenzen der Formalisierung wurden auch innerhalb der KI-Forschung reflektiert, die allmählich von ihren informationstheoretischen Prämissen Abstand nahm (vgl. Winograd/ Flores 1989)²¹⁸. Durch diese Veränderung der Beurteilungssituation wurde auch der KI-Kritiker Dreyfus (siehe B 3.2.2..) in der scientific community rehabilitiert (vgl. Drücker 1989, S. 13), dennoch blieb auch im Rahmen der Umorientierung der KI-Forschung ein reduzierter, ausschließlich an kognitiven Leistungen orientierter Intelligenzbegriff grundlegend (vgl. Brödner 1997, S. 77). Für eine „aufgeklärte“ Perspektive innerhalb der KI stehen Winograd/ Flores, die die „Blindheit der rationalistischen Tradition“ kritisieren, ausschließlich in distanzierter Reflexion den Schlüssel zum komplexen Phänomen der Erkenntnis zu sehen (vgl. Winograd/ Flores 1989, S. 123). Sie argumentieren für eine Neuorientierung der KI im Sinne einer realistischeren Ausrichtung in Abwendung von der Vorstellung, „unsere Interaktionsformen in die Zwangsjacke eines begrenzt formalisierten Bereichs stecken zu wollen“ (ebd., S. 131). Sie beziehen sich des Weiteren kritisch auf die kognitive Psychologie, sich zu stark „durch die Forschungen im Bereich künstlicher Intelligenz leiten zu lassen (ebd., S. 191). Auch der späteren Generation von KI-Systemen bescheinigen sie allenfalls die Aussicht, „nützliche Nebenprodukte“ zu erzeugen, da sie weiterhin „tief verwurzelt in der rationalistischen Tradition“ (ebd.) seien. Mit dieser Sichtweise nehmen Winograd/ Flores eine Randposition innerhalb der KI-Forschung ein, die im Mainstream auch aktuell unterreflektiert bleibt.

217 Die Behauptung einer Effizienzsteigerung und qualitativen Verbesserung der professionellen Expertentätigkeit („speed-up for human professional work“, „improved quality of decision-making“, Buchanan et. al. 2007, S. 94) muss daher in Bezug auf Domänen, in denen eine schlechte Formalisierbarkeit der zu lösenden Phänomene vorliegt, mit Skepsis betrachtet werden.

²¹⁸ Auf der Grundlage eines angesichts der ernüchternden Resultate bei der artifiziellen Reproduktion intelligenten Verhaltens mittlerweile reduzierten Anspruchs werden in der Folge Expertensysteme vorwiegend für eher eng definierte Problemfelder entwickelt (vgl. Rammert 2007, S. 158, vgl. Brödner 1997, S. 196f.) Repräsentativ für die bescheidenere Ausrichtung der KI ist folgende Äußerung von Puppe 1991: „Expertensysteme sind Programme, mit denen die formalisierbaren und symbolisch beschreibbaren Anteile des Spezialwissens sowie die Schlussfolgerungsfähigkeit qualifizierter Fachleute auf eng begrenzten Aufgabengebieten nachgebildet werden soll.“ (zitiert in: Marckmann 2003, S. 23). Die Zielsetzung der Imitation menschlichen Problemlösens wird indes dennoch nicht gänzlich aufgegeben: „Expert systems are computer programs that exhibit some of the characteristics of expertise in human problem solving“ (Buchanan et. al 2007, S. 87), „The working view of knowledge engineering is that tacit knowledge is explicable“ (ebd., S. 92).

Als mit den Begrifflichkeiten der „Zweiten Phase“ nur unzureichend erklärbar haben sich vor allem Problemstellungen erwiesen, die durch besondere Komplexität im Zusammenspiel mit nicht-formalisierbaren Wissensressourcen gekennzeichnet sind²¹⁹. Die Kognitionsforschung hat zu einem erweiterten Verständnis der genuin menschlichen Fähigkeit zum Problemlösen wesentlich beigetragen. Dennoch bedeutet der ihr eigene Fokus auf geistige Prozesse gleichzeitig ihre Begrenzung als ein „auf Bewusstsein und Denken verengter Blickwinkel“ (Degele 1994, S. 122). So ist insgesamt der kognitionswissenschaftliche Ansatz dahingehend zu kritisieren, dass er „störende Faktoren der Kognition wie Emotionen, Hintergrundkontext und kulturelle Bedingungen aus(klammert)“ (ebd., S. 119). Auch sei die Ausblendung von Körperlichkeit im Kontext des Intelligenzbegriffs, die im Anschluss an die Dominanz des informationstheoretischen Ansatzes nie überwunden wurde, zu bemängeln (vgl. ebd., S. 120). Vor allem der relativ enge Begriff der kognitionspsychologischen Wahrnehmungsforschung erscheint als nicht ausreichend zur Erklärung von Expertenleistung. So grenzt die Expertiseforschung den gesamten Bereich der Wahrnehmung auf wissensbezogene Informationsverarbeitung (Enkodierung, Repräsentation, Abruf, vgl. Gruber 1991, S. 99) ein, so z. B. als „Perzeptionschinking“ (ebd., S. 251) eine Reorganisation der Wahrnehmung analog dem Chunking. Auch der Ansatz der Mustererkennung scheint isoliert als unterkomplexe Sichtweise zu kurz zu greifen. Ansätze, die eine Verknüpfung von Wahrnehmung mit Bedeutung fokussieren, fügen einen neuen interessanten Aspekt hinzu, da sie die subjektive Erfahrung ins Spiel bringen, bleiben jedoch insgesamt noch zu vage.

Als Leistung der Expertiseforschung der 1990er Jahre („Dritte Phase“) hervorzuheben ist die durch die Analyse des Problemlöseverhaltens von Experten vollzogene Hinwendung zur Performanz als Kriterium für Expertise, durch welche ein neues Kapitel in der Erforschung menschlichen Problemlöseverhaltens aufgeschlagen wurde. Deutlich wurde hierdurch die herausragende Rolle von tacit knowledge als Schlüssel zum Verständnis professionellen Handelns, wodurch der Themenkomplex des impliziten Wissens sicher nicht zufällig über die Grenzen der Kognitionspsychologie einen prominenteren Stellenwert erhielt. Professionelles Wissen wird in der Folge als Zusammenwirken expliziten und impliziten Wissens konzipiert, die praktische Erfahrung im Handlungsfeld gegenüber theoretischem Wissen massiv aufgewertet²²⁰. Hiermit erfolgte innerhalb der Kognitionsforschung eine erhebliche Schwerpunkt-

²¹⁹ zu denen u. a. die medizinische Diagnosestellung zu rechnen ist, siehe dazu B 2.2.

²²⁰ Eine umfassendere Integration dieser Neuausrichtung in die „konventionelle“, explizite kognitive Strukturen zentral stellende Expertiseforschung ist jedoch bislang nicht (umfassend) erfolgt (vgl. Büssing 1999, S. 21).

verschiebung, das eigentliche Wesen von implizitem Wissen bleibt dennoch unbestimmt, bzw., analog zu den einst ausgeblendeten kognitiven Vorgängen, eine „Black Box“.

Im Zuge der nachfolgend vorgestellten Arbeiten ist das Konzept impliziten Wissens daher grundlegend zu bestimmen.

3.2 Anderer Wissensbegriff: Können, implizites Wissen, Körperwissen, Intuition

Im Anschluss sowohl an die kognitionspsychologische Forschung als auch die KI-Forschung muss dem impliziten Wissen ein exponierter Stellenwert als tragendes Element professionellen Expertenhandelns eingeräumt werden. Mit der Durchsetzung dieser Erkenntnis findet implizites Wissen zunehmende Anerkennung als „nicht reduzierbarer Bestandteil unserer Orientierung in der Welt“ (Rammert 2007, S. 159). Uneinigkeit besteht jedoch offenbar in der wissenschaftlichen Diskussion weiterhin über Natur und Wesen impliziten Wissens. Eine erste Schwierigkeit eines systematischen Vergleichs unterschiedlicher Positionen liegt im Fehlen einer homogenen Konzeption von implizitem Wissen begründet. Übereinstimmungen bestehen hingegen weitgehend hinsichtlich der Kriterien einer „fehlenden Verbalisierbarkeit“ oder im „fehlenden Bewusstsein für das Vorhandensein wirksamen Wissens“. Die neuere arbeitswissenschaftliche Forschung²²¹, die in unterschiedlicher Akzentuierung und Tiefe die situativen, praktischen und personengebundenen Aspekte von Wissen hervorhebt, fokussiert seit den 1980er Jahren verstärkt Formen nicht expliziten Wissens. Die meisten dieser Konzeptionen betonen nur einzelne Aspekte des sehr viel grundsätzlicheren Gedankens eines Wissens jenseits von formaler Beschreibbarkeit. Häufig ist das Interesse am Phänomen „Implizites Wissen“ durch das Bestreben seiner Transformation in explizites Wissen geleitet (wie im Feld des „Wissensmanagement“²²²) und verbleibt daher in einer oberflächlicheren bzw. reduzierten Betrachtungsweise. Auch die (nicht unwesentliche) Frage nach dem Verhältnis von explizi-

²²¹ Exemplarisch zu nennen sind die prominenteren Konzeptionen impliziten Wissens als „Tacit Knowledge“ (Turner 1985) oder als „Situated Cognition“ (Kirshner/ Whitson 1997) sowie die Differenzierung zwischen deklarativem und prozeduralem Wissen (Oberauer 1993). Könnerschaft und Expertise erfahren auch durch den Gedanken eines kontextbezogenen „Knowledge of Familiarity“ (Göranzon/ Josefson 1988) eine neue, von abstraktem Wissen abgekoppelte Beleuchtung. Hiermit gerät auch zunehmend das Erfahrungswissen (siehe dazu B 4.) ins Zentrum des Interesses, so in der Personalpolitik als „Humanressource“ älterer Arbeitnehmer (Dybowksi 1999) oder in der technischen Innovationsforschung als Innovationspotential (Brödner 1999) (zu diesen Konzeptionen siehe ausführlicher Böhle 2004 und Böhle 2009b).

²²² z. B. prominent von Nonaka/ Takeuchi 1997

tem und implizitem Wissen bleibt von den meisten Forschungsansätzen unberührt (vgl. Büssing 1999, S. 5-7).

Die Erkenntnis mangelnder Explikationsfähigkeit bestimmten Wissens lenkt die Aufmerksamkeit auf vormals Ausgegrenztes und Verborgenes. Erfahrungswissen, aber auch „nicht-rationale“ Phänomene wie Intuition, Assoziation, Gefühle und schließlich auch der menschliche Körper als Ort und Träger von Wissen und Können rücken so schließlich in den Fokus wissenschaftlichen Interesses. Hiermit ist eine Erweiterung der Vorstellung menschlicher Intelligenz als rationalem, auf formallogischen Operationen und objektivierbarem Wissen basierendem und weitgehend entkörperlichtem Vorgang angezeigt (vgl. Böhle 1999a, S. 91). Verabschiedet wird sich mit der Hinwendung zum impliziten Wissen auch von dem in der Expertiseforschung vorherrschenden Fokus auf Kognition, während die Handlungsebene eine tragende Rolle erhält. Einen prominenteren Stellenwert bekommt in der tacit knowledge-Forschung auch die in den Kognitionswissenschaften unterreflektierte Ebene der Wahrnehmung, die als Medium und Ort von Erfahrung in einem erweiterten Sinn relevant wird.

Beginnend mit dem begrifflichen Urheber und mittlerweile Klassiker zum Thema soll nun ein differenzierter Begriff impliziten Wissens entfaltet werden. Nach wie vor steht Polanyis Name in nachdrücklichster Weise für die Grenzen der Objektivierbarkeit impliziten Wissens.

3.2.1 Polanyi: „Wir wissen mehr, als wir zu sagen wissen“

Michael Polanyi bereitet mit seinem 1966 erschienenen wissenschaftsphilosophischen Werk „The Tacit Dimension“ (deutsche Übersetzung „Implizites Wissen“, 1985) dem wissenstheoretischen Diskurs bis in die Gegenwart mit der Konzeption einer Explizit/ Implizit-Differenz den theoretischen Boden. Seine erkenntnistheoretische Arbeit eröffnet eine neue Perspektive auf den Experten bzw. auf Expertise als „Können“, z. B. als „hochflexible Einlassung auf den Einzelfall“, „Ausübung des Könnens als Akt des Weiterlernens“, „Sinn“ für das rechte Urteil“ oder das „spontane „Sehen“ signifikanter Muster“ (Neuweg 1999, Vorwort viii).

Die zentrale und wohl bekannteste These Polanyis „Wir wissen mehr, als wir zu sagen wissen“ (Polanyi 1985, S. 14) bringt die für die Aktualisierung impliziten Wissens typischen Begleitumstände eines „nur mittelbar, nebenbei, unterhalb des eigentlichen Denkinhalts“ (Polanyi 1985, S. 10), den handelnden Personen in der Regel nicht bewussten Wissens auf den Punkt. Als prominentes Beispiel wählt Polanyi das Phänomen des unbewussten Wiedererkennens von bekannten Gesichtern. Implizites Wissen stellt auf dieser Bedeutungsebene das Ge-

genteil nicht von explizitem, sondern von „fokal bewusstem“ Wissen dar. Erst in einer zweiten Auslegung des von Polanyi selbst kaum verwendeten Begriffs „Implizites Wissen“ ist der Umstand seiner mangelnden Explizierbarkeit bezeichnet (vgl. Neuweg 1999, S. 138). Ausgehend von der ursprünglichen Betrachtung impliziten Wissens als den „Modus“, „in welchem wir mehr wissen, als wir aussprechen können“, evolviert das Konzept zu einer wesentlich komplexeren Analyse der Wahrnehmung von Sachverhalten und Zusammenhängen.

Polanyi begreift Wissen tendenziell als „Akt des Wissens“, indem er den Vorgang des Erkennens oder des Wahrnehmens zentral stellt. Aufgrund dessen ist Polanyis Theorie nach Neuweg, der sich eingehend mit der Genese und umfassenden Interpretation von Polanyis Werk beschäftigt hat, eher als „Phänomenologie des Könnens“ denn als „Theorie des Wissens“ einzustufen (vgl. ebd., S. 134-135). Unter Bezugnahme auf die elementare Differenzierung des für Polanyis Ideenentwicklung bedeutsamen Philosophen und Erkenntnistheoretikers Gilbert Ryle von „Können“ („knowing how“) im Sinne eines situationsadäquaten, theorielosen Handeln gegenüber „Wissen“ („knowing that“) im Sinne eines theoriegeleiteten Erkennen als grundlegend unterschiedliche Erscheinungsformen menschlicher Intelligenz (vgl. Brödner 1997, S. 157-158) wird „Können“ als Merkmal des Experten konstituiert.

Als Ausgangspunkt von Polanyis Denken anzusehen ist seine Auffassung von Wahrnehmung als „reduzierteste Form impliziten Wissens“ (Polanyi 1985, S. 16) und „Prototyp menschlichen Erkennens“ (Neuweg 1999, S. 140). Bereits im Prinzip des „Mustererkennens“ werde die ganzheitliche Erfassung von Erkenntnisgegenständen, die er, ihren unzerteilbaren Charakter betonend, als komplexe oder umfassende „Entitäten“ bezeichnet, evident. So erklärt er z. B. die Fähigkeit des erfahrenen Arztes, uneindeutige und ambivalente Röntgenbilder durch die Integration von Einzelmerkmalen korrekt zu entschlüsseln (vgl. ebd., S. 290f.). Hierbei sieht er „Detailfetischismus“ und „zerstörerische Analyse“ als abträglich an, ebenso das Ziel der modernen Wissenschaft, auf dem Weg der Formalisierung impliziten Wissens „objektives Wissen“ zu produzieren als „grundsätzlich in die Irre führend“. Als Beispiel nennt er die Verfügung über Wissen über den eigenen Körper, das von den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Physiologie durchaus different sein kann, oder die Aussage eines Gedichts, welche sich dem Leser nicht mehr erschließen mag, sobald er die „Regeln seiner Konstruktion“ kennt (vgl. Polanyi 1985, S. 26-27²²³). Auch können mit implizitem und explizitem Wissen unterschiedliche Aspekte desselben Gegenstands bezeichnet sein, wie Polanyi anhand des Schach-

²²³ Jedoch, und dies ist als ein wesentlicher Unterschied zum nachfolgend vorgestellten Stufenmodell des Expertiseerwerbs nach Dreyfus/ Dreyfus 1986 zu werten, beinhaltet Polanyis Konzept impliziten Wissens die Möglichkeit der „Re-Integration“ der durch Analyse isoliert fokussierten Einzelelemente, die zu einem Verständnis auf höherem Niveau führen kann (vgl. Fiedler 2004, S. 50).

spiels (vgl. ebd., S. 33) und der dort parallel bestehenden Ebenen bzw. „Schichten“ der formalen Regeln und des impliziten Wissens verdeutlicht. Annahmen der Gestaltpsychologie, die Wahrnehmung als Phänomen der Gestalterschließung mit physikalischen Prozessen der Reizumwandlung und der unbewussten, nicht willentlich steuerbaren Fähigkeit zur Bildung von kohärenten Strukturen und einheitlichen Gestalten begründet, die als Prinzip der Gestalterschließung in allen Menschen angelegt sei, integrierend, befasst sich Polanyi in einem wesentlich umfassenderen Zugang mit alltäglichen und außeralltäglichen Wahrnehmungsvorgängen, die er als Schlüssel zum Verständnis der menschlichen Geistesleistung begreift. Ähnlich angelegt ist bei Polanyi auch der Begriff des Verstehens als „central act of knowing“, der in Polanyis Modell ebenfalls einen zentralen Stellenwert einnimmt (vgl. Neuweg 1999, S. 232). Als Schlüssel zum „Verstehen“, so zum Beispiel eines Kunstwerks, steht bei Polanyi die Bedeutungserschließung eines Gesamtzusammenhangs durch „Einfühlung“. Diese „Gleichsetzung von implizitem Wissen mit Einfühlung“ bringt eine, wie Polanyi es selbst einstuft, „Akzentverlagerung in unserer Konzeption des impliziten Wissens mit sich“ (Polanyi 1985, S. 25).

Unter dem begrifflichen Dach des tacit knowledge-Konzepts bündelt Polanyi, eine Vielzahl von Phänomenen menschlichen Könnens, die er dennoch differenziert aufschlüsselt. Sowohl die Fähigkeit des Fahrradfahrens, welche als komplexe geistig-motorische Leistung unzählige physikalische Gegebenheiten berücksichtige als auch kreative Schöpfungsleistungen, wie die „wissenschaftlichen und künstlerischen Genies“, sieht er als im Wesentlichen von nicht-explizierbaren Fähigkeiten getragen. Auch findet sich hier bereits der Gedanke eines Wissenschaft und Kunst verbindenden ärztlichen Handelns als „Kunst der Diagnostik“, in der „geschicktes Prüfen und sorgfältige Beobachtung eng verknüpft sind“ (ebd., S. 16). Dies ist im Wesentlichen, was Polanyi „als Wechselspiel zwischen Analyse und Integration“ (Neuweg 1999, S. 252-256) versteht.

In Polanyis Konzept erlangt auch der menschliche Körper als „grundlegendes Instrument, über das wir sämtliche intellektuellen und praktischen Kenntnisse von der äußeren Welt gewinnen“, einen exponierten Stellenwert, indem die Aufmerksamkeit auf den „intelligenten Gebrauch unseres Körpers“ (Polanyi 1985, S. 23-24) gerichtet wird. Am Beispiel der Verwendung eines Werkzeugs als „empfindungsbegabte Verlängerung unseres Körpers“ baut Polanyi eine dem Gedanken instrumentellen Handelns entgegenstehende Argumentation auf. So wird in Anlehnung an Merleau-Ponty 1966 (siehe B 3.2.3.) in einem als „Dinge einverleiben“ beschriebenen Erkenntnisvorgang der Status der Objektivität des Erkenntnisgegenstandes konterkariert. Beispielhaft am Blinden, der über den Stock die Welt und sie über die Ausdehnung des eigenen Körpers „einverleibt“, verdeutlicht er den Gedanken eines „inkorpo-

rierten Wissens“ (vgl. Neuweg 1999, S. 133, Böhle 2009b, S. 213). Mit dieser Akzentuierung des Wissensbegriffs, z. B. von Wahrnehmung als „Übersetzung von Empfindungen“ (Polanyi 1985, S.22) bekommt dieser bei Polanyi eine körperlich-sinnlich-emotionale und auch interaktive Ausprägung. Der Körper ist für Polanyi folglich weit mehr als die nur biologische Basis des Erkennens, sondern aktiver Träger von Wissen und Können.

3.2.1.1 Erwerb impliziten Wissens

Allen Lernvorgängen zugrunde liegt nach Polanyi die „aktive Formung der Erfahrung während des Erkenntnisvorgangs“ (Polanyi 1985, S. 15). Implizites Wissen muss bei Polanyi grundlegend als Ergebnis konkreter praktischer Erfahrung im jeweiligen Feld, auf das sich das Wissen bezieht, verstanden werden (vgl. Büssing et. al. 1999, S. 6). Dasselbe gilt für explizit vermitteltes Hintergrundwissen: auch Theorie müsse durch persönliche Erfahrung „einverleibt“ werden, bevor sie als Interpretationsrahmen dienen kann (vgl. Neuweg 1999, S. 325). „Kunststücke unterschwelliger Wahrnehmung“ werden nur durch einen „manchmal mühevollen Lernprozess“ (Polanyi 1985, S. 22) möglich, der sich als Aneignung impliziten Wissens durch „Einfühlung“ und „Verinnerlichung“ (ebd., S. 24) vollziehe. Dieses „implizite Lernen“, oftmals als minderwertige Form des Fähigkeitserwerbs betrachtet, erfährt bei Polanyi eine Aufwertung als Grundlage von Kunstfertigkeit- wie z. B. die nicht-objektivierbare Geigenbaukunst Stradivaris.

Auf Grundlage der Erkenntnis, dass sich implizites Wissen durch seine Einbettung in das praktische Handeln abstrakter Vermittlung entzieht, hat Lernen bei Polanyi den Charakter eines „Enkulturationsprozesses“, der häufig von einer bedeutsamen Meister-Lehrling-Beziehung getragen ist: „Alle Kunstfertigkeiten werden durch intelligentes Imitieren der Art und Weise gelernt, in der sie von anderen Personen praktiziert werden, in die der Lernende sein Vertrauen setzt“ (vgl. Neuweg 1999, S. 247-248, Original: Polanyi 1973, S. 206).

3.2.1.2 Polanyi: „Kunstfertigungscharakter von Expertise“ – „Connoisseurship“

Für die Entfaltung eines differenzierten Wissensbegriffs bedeutsam ist weiterhin der „Kunstfertigungscharakter von Expertise“ (Neuweg 1999, S. 233). Hierunter subsumiert Polanyi die Fähigkeit zu intuitivem Handeln, wie sie u. a. im Rahmen der ärztlichen Diagnosestellung („der Arzt, der zu einer treffsicheren Diagnose kommt, weil er randbewusst Fingerzeige aufnimmt, die er als solche nicht berichten könnte“, ebd. S. 244) zum Tragen komme. So ist der „Kennerblick“ des Experten, von Polanyi auch als „Connoisseurship“ bezeichnet, in der Lage,

hinter der Fassade irrelevanter Einzelwahrnehmungen sinnstiftende Muster zu identifizieren (vgl. ebd., S. 177). In dieser Performanzleistung bei gleichzeitiger Nicht-Explizierbarkeit von Beweggründen wird häufig – ein typisches Beispiel hierfür ist die ärztliche Blickdiagnose – die „höchste Integrationsform von implizitem Wissen“ (Fiedler 2004, S. 44) gesehen. Daher argumentiert Polanyi auch dafür, „unser Ideal von Wissenschaft zu berichtigen, indem wir Fertigkeiten und den Kennerblick anerkennen als berechnete, unverzichtbare und maßgebliche Form von Wissen“ (Neuweg 1999, S. 320, Original Polanyi). So wird der Wissensbegriff um die (nicht-rationalen) Dimensionen des „Eindrucks“, der „Intuition“ und der „Urteilkraft“ erweitert, die ihrerseits wiederum eng verknüpft sind und denen Polanyi unter Verwendung des Kunstbegriffs eine exponierte Bedeutung im Rahmen des Expertenhandelns zuweist, dem formalisierten Wissen hingegen lediglich den Charakter einer notwendigen Grundlage be-scheinigt. Als entscheidend für das Wesen von Expertentum erachtet er „anderes“ Wissen und Fähigkeiten, so z. B. die „Imagination“ als eine Art Vorstellungskraft, die im Sinne einer „Gerichtetheit“ oder „Ahnung“ den Kenner die korrekte Lösung antizipieren lässt. In unbekanntem Terrain genügen nicht Rationalität und Planmäßigkeit, vielmehr sei das „Überspringen einer logischen Lücke“ als Produkt einer „finalen Intuition“ der Schlüssel zum Erfolg, der sich gelegentlich nach intensiver, bewusster Reflexion einstellt, jedoch kaum als „Akt bewusster Planung“ „mittels spezifizierbarer, expliziter, logisch arbeitender Stufen herstellbar“ sei (vgl. Neuweg 1999, S. 211-214). Auch die Fähigkeit der „Urteilkraft“, bzw. den „Akt intelligenten Urteilens“ zeigt Polanyi als in hohem Maß durch implizite Fähigkeiten getragen auf (vgl. ebd., S. 157), nämlich durch „implizite Integration“, im Rahmen derer der Experte „Elemente verschmelzen (kann), die fokal betrachtet nichts miteinander gemeinsam haben und gerade dadurch neue Bedeutungen und Qualitäten in den Fokus (bringt)“ (ebd., S. 276-279) und durch (nicht-formalisierbare) „begriffliche Abstraktion“ (ebd., S. 278), die von Polanyi explizit als Kunst bezeichnet wird.

3.2.2 Dreyfus & Dreyfus: Stufenmodell des Expertiseerwerbs

Neben Polanyi hat der Philosoph Hubert Dreyfus bzw. haben später die Gebrüder Hubert und Stuart Dreyfus als Vordenker einer breiteren Anerkennung impliziten Wissens zu gelten. Wie der Polanyi fußt auch ihr Begriff impliziten Wissens auf der Differenz „knowing that“ und „knowing how“ nach Ryle und auch sie vertreten einen starken Begriff impliziten Wissens, der dessen enorme Bedeutung für das Expertenhandeln („If you are a carpenter, you know

how to use tools in a way that escapes verbalization“, Dreyfus/ Dreyfus 1986, S. 17²²⁴) in den Vordergrund ihrer Überlegungen stellt.

Prominent in Erscheinung trat Hubert Dreyfus als hellsichtiger Kritiker (What Computers can't Do, 1972) der zunächst euphorisch rezipierten frühen K.I.-Forschung, indem er auf die Grenzen der Modellierung menschlicher Intelligenz verwies. Diese lägen in erster Linie in der verfehlten Annahme, jegliches Wissen in explizites Wissen transformieren zu können (vgl. Rammert 2007, S. 157-158). Im fundamentalen Gegensatz zu den psychologischen Theorien der informationsverarbeitungstheoretischen Ansätze konstatieren Dreyfus/ Dreyfus beim Experten anstelle von regelorientierten Verarbeitungsprozessen Abläufe, die einem unterbewussten Ähnlichkeitsvergleich entsprächen. Ihre Feststellung, dass nur untere skill-level, nicht aber Experten eine Analogie mit dem Digitalcomputer aufwiesen, brachte ihnen als computerfeindlich interpretierte Position zunächst eine Außenseiterrolle innerhalb der Kognitionsforschung ein (vgl. Drücker 1989, S. 12-13). In Referenz zu Dreyfus' Stufenmodell des Expertiseerwerbs kann verdeutlicht werden, dass Expertensysteme insbesondere in schlecht definierten Handlungsfeldern und „kritischen Situationen“ „aufgrund ihres Konstruktionsprinzips bestenfalls Leistungen eines fortgeschrittenen Anfängers erbringen können“ (Brödner 1997, S. 204).

Im Folgenden soll mit der Darstellung der Rolle des Körpers für das intelligente Handeln, die Grundlage für ein erweitertes Verständnis von implizitem Wissen als auch körperlich fundiertem Wissen gelegt werden. Im Rahmen seiner berühmt gewordenen KI-Kritik („What Computers can't Do“, 1972) entfaltet Dreyfus im Kapitel „The role of the body in intelligent behaviour“ (Dreyfus 1972, S. 147f.) unter Rückgriff auf vornehmlich Polanyi und den Philosophen Merleau-Ponty sowie den Phänomenologen Husserl und gestalttheoretische Ansätze seine Vorstellung von Wissen und intelligentem Handeln als im Physischen angelegt. Die zentrale Rolle des Körpers als Basis menschlicher Intelligenz sieht er als Hauptursache für das Scheitern von KI („Indeed, it is just the bodily side of intelligent behavior which has caused the most trouble for artificial intelligence“, Dreyfus 1972, S. 148), da sich dessen Funktionsweisen nicht durch Computer nachbilden ließen. So tritt beispielsweise der Körper bei der fortgeschrittenen Ausführung einer Aufgabe (Tanzschritte, Auto fahren, etc.) zuneh-

²²⁴ Verdeutlicht anhand des prominenten Beispiels des Fahrradfahrens heben Dreyfus & Dreyfus auch die Erfahrungsbasierung impliziten Wissens hervor: „You can ride a bicycle because you possess something called „know-how“, which you acquired from practice and sometimes painful experience. The fact that you can't put what you have learned into words means that know-how is not accessible to you in the form of facts and rules. If it were, we would say that you „know that“ certain rules produce proficient bicycle riding“, ebd., S. 16

mend an die Stelle einer vormals kognitiven Handlungssteuerung: „My body enables me to by-pass this formal analysis“ (ebd., S. 160-161). Diese „Intelligenz des Körpers“ demonstriert Dreyfus in Anlehnung u. a. an Merleau-Pontys Beispiel des Erfühlens von Seide, das auf der Grundlage von Erfahrungen und daraus resultierenden spezifischen Erwartungen bezüglich der körperlich-sinnlichen Erfahrung erfolge und beruft sich zur Verdeutlichung seiner Argumentation explizit auf Polanyis Exempel des Werkzeugs als Verlängerung des eigenen Körpers (ebd., S. 160-164). Hiermit bindet Dreyfus die sinnliche Wahrnehmung in seine Konzeption intelligenten Handelns ein.

Neben dem Bereich des „Spielens“ („game playing“) erweise sich vor allem die Anforderung des Mustererkennens als kaum durch technische Artefakte reproduzierbar (ebd., S. 149). Wie Polanyi hebt Dreyfus die Ganzheitlichkeit der Wahrnehmung bzw. den „globalen Charakter“ von Erfahrung hervor (Beispiele: Die Differenzierung eines nassen Apfels und eines Wachsapfels erschließe sich aus Kontextinformationen, eine Melodie wird nicht anhand einzelner Töne erkannt, ebd., S. 150). Das Erkennen von Mustern trotz Unregelmäßigkeiten und/ oder Unvollständigkeit enthülle nach Dreyfus zwei Hauptcharakteristika des menschlichen „Könnens“: Zum einen zeige sich hierin die Fähigkeit zur Diskriminierung relevanter und irrelevanter Informationen, zum anderen die daran ankoppelnde flexible Abweichung von Handlungsregeln durch den Experten (ebd., S. 70-71). Mustererkennen sei demnach eine menschliche Fertigkeit, die nicht nur nicht auf Klassifizierungsregeln, sondern grundsätzlich auf keinerlei explizite Merkmale zurückgreife (vgl. Neuweg 1999, S. 270). Der Vorgang des Mustererkennens geschehe hierbei augenblicklich und sei kein Ergebnis analytischen Vorgehens. Der Wahrnehmungsprozess qualifiziere sich hierdurch als ein „auf das Ganze gerichteter“, somit als holistisch, ohne vorherige Analyse seiner Elemente. Zu betonen ist weiterhin, dass dieses Problemlöseverhalten des Experten charakteristischerweise vorwiegend in „unstrukturierten“ bzw. in „kritischen“ Situationen zu beobachten ist (vgl. Drücker 1989, S. 76-77).

Das Fünfstufige Modell des Expertiseerwerbs

Dreyfus/ Dreyfus beschreiben mit ihrem Modell der Expertiseentwicklung (Dreyfus/ Dreyfus 1986, S. 16-51) den Prozess des Expertise- bzw. Kompetenzerwerbs in fünf Phasen (Novizen, Phase der fortgeschrittenen Anfänger, Kompetenzphase, Gewandtheitsphase und schließlich Expertisephase). Dieses Stufenmodell beschreibt Expertiseentwicklung als Aneignung impliziten Wissens und Abweichung von regelgeleitetem Verhalten unter Einsatz von Intuition.

Auch ist das Dreyfus-Modell des Expertiseerwerbs ein wichtiger Referenzpunkt, da in ihm Wissen und Handeln aufeinander bezogen werden.

Auf der Ebene einer qualitativen Veränderung von Wissen beschreiben Dreyfus & Dreyfus einen Prozess der Wissensaneignung, der sich als stufenweise Ergänzung bzw. Ersetzung expliziten Wissens durch implizites Wissen vollzieht. Auf den unteren Expertisestufen (Stufe 1: Novize, Stufe 2: Fortgeschrittener Anfänger) korrespondiert die Verfügung über explizites, formales, theoretisches Wissen im Sinne objektiver Fakten mit regelgeleitetem Handeln, welches zur Bewältigung eindeutig definierter Situationen ausreichend ist. Dieses Wissen bezeichnen Dreyfus & Dreyfus als „kontextfrei“, gemeint ist hiermit sein Erwerb durch formale Vermittlung, welches ab Stufe zwei sukzessive durch situationales, erlebtes, auf praktischer Erfahrung basierendes Wissen (z. B. die Art des Motorengeräuschs beim Autofahrenlernen) angereichert werde (vgl. Dreyfus/ Dreyfus 1986, S. 21-23). Wissen und Handeln werden im Modell von Dreyfus & Dreyfus auf das Engste verknüpft: So hat der Neuerwerb von Erfahrungswissen eine unmittelbare Auswirkung auf die Entscheidung, auf welche Handlungsregeln zurückgegriffen wird: „Rules für behavior may now refer to both the new situational and the context- free components“ (ebd., S. 23). Auf der dritten Stufe („Kompetenzstufe“) setzt sich die Entwicklung vom regelgeleiteten Handeln zum erfahrungsbasierten, flexiblen Vorgehen fort. Auf dem Weg zur Expertisestufe erlangen emotionale Komponenten, z. B. die Intuition, wie u. a. am Beispiel des vermeintlich rein analytischen Schachspiels verdeutlicht, einen immer höheren Stellenwert (ebd., S. 25). Die situative Kenntnis über die Handlungswirksamkeit von Regeln und die Fähigkeit zu gefühlsbasiertem Entscheiden sind Eigenschaften die auf Stufe 4 („Gewandtheit“) erreicht werden (als Beispiel nennen Dreyfus/ Dreyfus die intuitive Anpassung der Geschwindigkeit durch den geübten Autofahrer, vgl. ebd., S. 29). Bei auf dieser Expertisestufe Handelnden sei zudem ein hoher Involvementgrad in die Situation festzustellen, die Dreyfus & Dreyfus als konstitutiv für die Befähigung zu Mustererkennung und intuitiver Entscheidungsfindung betrachten. Im Zusammenspiel mit vergangenen Erfahrungen, durch die bestimmte Erinnerungen und somit abgespeichertes Wissen situativ und ohne Umwege aktualisiert werden, könne auf ein spezielles Wissen zurückgegriffen werden, das Dreyfus & Dreyfus als „the fluid performance of a bodily skill“ (ebd., S. 28) charakterisieren. Auf der „Expertisestufe“ (Stufe 5) schließlich stelle sich eine Automatisierung des Handlungsvollzugs im Sinne einer holistischen Situationswahrnehmung ein, im Rahmen derer strategisches Planen obsolet werde. Auch werde die (physische und psychische) Distanz zum Erkenntnisobjekt abgelegt: „Der erfahrene Autofahrer verschmilzt mit seinem Wagen zu einer Einheit“ (Neuweg 1999, S. 311). Hierdurch leite sich eine besondere Handlungsfähigkeit in Situationen ab, die sich nicht durch allgemeingültige Gesetzmäßigkeiten bestimmen lassen. Charakteristischerweise ist Expertenhandeln für Außenstehende gerade durch seine Nicht-

Regelhaftigkeit (und daher scheinbare Beliebigkeit) bestimmt, da der Experte nicht auf eine (starre) Anwendung von Regeln angewiesen ist²²⁵.

Expertise ist bei Dreyfus & Dreyfus quasi gleichbedeutend mit intuitivem Handeln und Entscheiden, wobei sie einen reflektierten Intuitionsbegriff zugrunde legen, jedoch vor allem die gesellschaftliche Zuweisung in die Sphäre des Weiblichen und (damit konnotierte) Minderwertigkeit von Intuition kritisch anmerken:

„Intuition, or know-how, as we understand it, is neither wild guessing nor supernatural inspiration, but the sort of ability we use all the time as we go about our everyday tasks, an ability that our tradition has acknowledged only in women, usually in interpersonal situations, and has adjudged inferior to masculine rationality” (Dreyfus/ Dreyfus 1986, S. 29).

In diesem Zusammenhang versäumen Dreyfus & Dreyfus es nicht, auf typische Akzeptanzprobleme von Intuition im Rahmen professionellen Handelns, insbesondere in wissenschaftlich fundierten beruflichen Settings wie der Medizin, hinzuweisen. So reagiere z. B. die erfahrene Krankenschwester, die ein Krankheitsbild aufgrund von „Gefühl“ erkennt, womöglich in bestimmten Situationen mit einer Rationalisierung ihres Wissens, bzw. neige der unter „Rationalisierungsdruck“ geratene Experte dazu, „auf das Niveau eines Anfängers zu regredieren; er wird Regeln und Theorien wiedergeben, die ihm in Frühphasen des Lernprozesses hilfreich waren, die er aber tatsächlich nicht mehr anwendet“ (vgl. Neuweg 1999, S. 312-313).

Zu resümieren ist, dass Polanyi und auch Dreyfus & Dreyfus in der Tradition von Ryle einen Wissensbegriff konzeptualisieren, der Wissen als „Können“ und in diesem Sinne als situationsangemessenes Handeln aufzeigt. Deutlich wird zudem bei Dreyfus/ Dreyfus wie auch zuvor bei Polanyi, vor allem in ihrem Anschluss an Merleau- Ponty, eine deutlich stärker körperlich-leiblich fundierte Verfügung über Wissen, die für die vorliegende Arbeit im Rahmen des Konzepts des subjektivierenden Handelns anschlussfähig gemacht werden soll.

²²⁵ Durch diese spezifische Beschaffenheit von Expertenhandeln sei die von Dreyfus & Dreyfus bezeichnete Schwierigkeit, wenn nicht gar Unmöglichkeit, der Erforschung des nicht-regelgeleiteten Expertenwissens bedingt (vgl., Schachtner 1999, S. 12). Dreyfus & Dreyfus sind für ihr Modell des Expertiseerwerbs – wenig überraschend- vor allem von der Expertise- und der KI-Forschung teils heftig kritisiert worden. So sei dieses „intuitionsgetränkt“ (vgl. Degele 1994, S. 45) bzw. werden ihre Annahmen einer holistischen Wahrnehmung in den Bereich des Spekulativen eingeordnet (Hucklenbroich 1993b, S. 112).

3.2.3 Leibkonzepte: Merleau-Ponty, Schmitz, Fuchs

Zur theoretisch-konzeptuellen Einordnung der vorliegenden Arbeit ist eine zumindest kurze Darstellung der wesentlichen Gedanken der hier unter dem Label „Leibkonzepte“ geführten Theoretiker Merleau-Ponty, Schmitz und Fuchs unerlässlich, da sie sowohl für die etwas ausführlicher dargestellten Konzepte von Polanyi und Dreyfus & Dreyfus sowie auch für das Konzept des subjektivierenden Handelns als zentrale geistige Wegbereiter zu gelten haben²²⁶. Wenn auch an dieser Stelle keine ausreichende Würdigung verwirklicht werden kann, sollen ihre zentralen Grundgedanken wenigstens perspektivisch Eingang in die Überlegungen zu einer angemessenen Konzeption von Wissen und Handeln finden.

Zunächst soll die Vorstellung eines erweiterten Wahrnehmungsbegriffs, wie er von Merleau-Ponty vertreten wird, die Grenzen einer engen Vorstellung von Wahrnehmung aufzeigen, die zudem in der okzidentalen Kultur „optozentrisch“ (Rudolf 1993, S. 12) auf das Sehvermögen begrenzt ist. Die phänomenologische Konzeption von Wahrnehmung nach Merleau-Ponty stellt in ausdrücklicher Form eine Gegenthese zum gesellschaftlich verankerten Dualismus von Geist und Körper cartesianischer Tradition dar. Durch sie wird der Mensch von Merleau-Ponty in seinem Bezug zur Welt nicht als ihr antagonistisch gegenüberstehend und instrumentell handelnd, sondern als körperlich in die ihn umgebende Welt eingebundenes Lebewesen vorgestellt. Entgegen der im rationalistischen Handlungsmodell angelegten Objektivierung der Wahrnehmung begreift Merleau-Ponty den Wahrnehmungsvorgang in einer Einheit von Geist und Körper, deren Trennung eine Reduktion der im Menschen angelegten Wahrnehmungsfähigkeit bedeute. Zentrales Element der Wahrnehmungstheorie Merleau-Pontys ist seine Konzeption des „Leibs“ als eigenständiges Wahrnehmungsmedium gegenüber einer instrumentellen Verfügung über den Körper als bloß physischem Organismus. Die Idee der „Leiblichkeit“ repräsentiert die subjektiv wahrnehmende und empfindende Seite der Körperlichkeit, bezeichnet als „Leib-Körper“ im Unterschied zum rein physikalischen oder objektiven Körper (vgl. Stoller 1995, S. 52-55). Der Leib als Verankerung des Subjekts in der Welt ist bei Merleau-Ponty als Grundlage jeglicher Erfahrung zu betrachten. Mit dem Gedanken des „leiblichen Zur-Welt-Seins“ ist das Wesen der menschlichen Leiblichkeit umschrieben, das eine „sympathetische Verbundenheit“ mit seiner Umwelt eingehen könne (vgl. ebd., S. 75) und dessen Subjektivität sich erst in der konkreten Auseinandersetzung mit der Welt entfalte (vgl. Rudolf 1993, S. 92). Hiermit ist eine aktive Teilhabe an der Umwelt beschrieben,

²²⁶ Von vielen sind Merleau-Pontys Gedanken teilweise nur fragmentarisch und in reduzierter Form, so z. B. als „präreflexive Strebung“, aufgenommen worden (vgl. Böhle 2009b, S. 215).

die die Vorstellung eines passiven Aufnehmens von Umwelteindrücken zugunsten eines Erspürens im Sinne einer partizipierenden Wahrnehmung zurückweist. Hierbei interagieren alle Sinne miteinander als „sensorium commune“ (ebd., S. 95). Auf dieser theoretischen Grundlage werden komplizierte motorische und intellektuelle Abläufe wie z. B. das Orgelspielen als „leibhaftiges Können“ (ebd.) gedeutet. Im Rahmen der an Merleau-Ponty anschließenden Handlungskonzeptionen erlangt der Körper einen zentralen Stellenwert - anders als in vielen zumeist entkörperlichten Handlungskonzeptionen - die im Rahmen kognitiv-rationalen Handelns weder vorgesehen noch erreichbar ist. Des Weiteren wird durch Merleau-Ponty Wahrnehmung durch ihre Ansiedelung im sozialen Raum als „interaktive Praxis“ deutlich (vgl. Schachtner 1999, S. 29).

Auch der Philosoph Herrmann Schmitz bezieht sich in seinem Konzept der „leiblichen Kommunikation“ auf den „Leib“ als Ursprung der Weltwahrnehmung. Er wendet sich hiermit gegen die rationalistische und kognitivistische Tradition der ‚dominanten europäischen Intellektualkultur‘, die er als „Ausdünnung der menschlichen Erfahrungsmöglichkeiten“ (Böhle/ Fross 2009) bewertet. In Erweiterung des Leibkonzepts von Merleau-Ponty konzipiert Schmitz Wahrnehmung als Transformation äußerer Gegebenheiten in leibbezogene Wahrnehmungsqualitäten. Mit dem (nur in der deutschen Sprache vorhandenen Wort) ‚Leib‘ (zusätzlich zum Wort Körper) ist nach Schmitz ein „eigenleibliches Spüren“ bezeichnet welches, von der Philosophie weitgehend ignoriert und kulturell ausgegrenzt, von Schmitz zum Gegenstand und Ausgangspunkt seiner „Phänomenologie des Leibes“ gemacht wird. Schmitz versteht unter leiblicher Kommunikation eine Form der Wahrnehmung, die als grundlegende Fähigkeit zur Erkenntnis weit über die „Rezeption von Signalen“ (Schmitz 1989, S. 13) hinausgeht (vgl. ebd., S. 56). Hierzu entwickelt Schmitz ein differenziertes Kategorienschema, welches die leibliche Resonanzfähigkeit des Menschen als Ressource für den Umgang mit komplexen Situationen aufzeigt. Als „Einleibung“ bezeichnet Schmitz eine in Interaktion mit Personen oder Dingen eingegangene „quasi-leibliche Einheit kooperativ verschmolzener Partner ohne Reaktionszeit“ (Schmitz 1989, S. 55) wie beim geübten Autofahren oder beim gemeinsamen Handwerken eingespielter Kollegen oder dem Musizieren eines Orchesters. Auf diese Weise wird der Mensch erklärlich als sich in einem grundsätzlichen Schwingungsverhältnis mit seiner Umwelt befindend, das als „wechselseitige Einleibung“ analysiert werden kann (vgl. ebd.). Das „Ballet der Einleibung“ (Schmitz 1994, zitiert in Böhle/ Fross 2009, S. 120) als besonders schönes Bild eröffnet eine Perspektive auf das Sozialgefüge als wechselseitige Bezugnahme leiblich miteinander (schon im simplen Blickkontakt, bezeichnet als „Ringkamp der Blicke“, Schmitz 1989, S. 54) verschmelzenden Individuen.

In die Reihe der Leibkonzepte fügt sich auch Fuchs 2003, der die Brücke von der leiblich fundierten Erfahrung hin zu einer „Kunst der Wahrnehmung“ schlägt. Diese wird von Fuchs als Ergebnis von Erfahrung, die „mehr als bloßes Gewohnt- oder Vertrautsein durch unproblematische Wiederholung“ (Fuchs 2003, S. 72) sei, begriffen. Fuchs erläutert seinen ebenfalls eng an Merleau-Ponty anschließenden Erfahrungsbegriff zum einen im Sinne eines aktiven Erfahrens als „Gespür“ (ebd.) beispielsweise eines Naturphänomens im Rahmen einer komplexen ganzheitlichen Erfahrung (Wind, Geräusch, Geruch etc.), welches seinerseits Erfahrenheit als eine „persönliche Kenntnis der Materie“ (ebd., S. 71) und Gewandtheit in bestimmten Situationen erzeuge. Auch versteht er Erfahrungen als leib- und sinnesgebunden, d. h., als Ergebnis eines „ganzheitlichen Wahrnehmungseindrucks“ (ebd., S. 71) und zudem als sich in Relation zum Wahrnehmungssubjekt ereignend (groß-klein, nah-fern) (vgl. ebd.).

Erfahrung ist bei Fuchs auch die Fähigkeit des Erkennens von Ähnlichkeiten und Mustern im Rahmen einer ganzheitlichen komplexen Wahrnehmung, so auch die diagnostische Intuition des erfahrenen Arztes, die sich nur „am eigenen Leib“ erfahren lässt (vgl. ebd., S. 77). Hierbei betont er das Zusammenwirken von Erfahrung und Intuition im Zuge der holistischen Erfassung komplexer Situationen durch „die synästhetische und sensomotorische Einheit der Erfahrung“ (ebd.). So ist dieses Wissen und Können, das Fuchs als „Kunst der Wahrnehmung“ vorgestellt, kein unpersönliches Technikwissen, sondern strikt personengebunden, sei es als Walzertanzen oder als vertraute Benutzung eines medizinischen Geräts. Insbesondere sensumotorische Fähigkeiten erklären sich durch das „Leibgedächtnis“, einer tiefen leiblichen Verankerung von Erfahrung, die es erlaube, ohne Nachdenken auf äußere Umstände (harscher Schnee, nasses Brett) zu reagieren (vgl. ebd., S. 75-76). Auch Fuchs ordnet die besondere Leistungsfähigkeit dieser „Kunst der Wahrnehmung“ in den Kontext krisenhafter oder uneindeutiger Situationen ein, in denen Lehrbuchwissen versage, leibliche Kommunikation jedoch lösungsrelevante Hinweise zur adäquaten Bewältigung liefere. Entsprechend kritisch äußert sich Fuchs in Bezug auf gesellschaftliche Entwicklungen, die sich als hinderlich für die Bildung und Nutzung von Erfahrung auswirken, so z. B. die zunehmende „Entsinnlichung“ der Welt durch Technik und die damit einhergehende Verdrängung impliziten Wissens, paradigmatisch zugespitzt durch die „szientistische Umdeutung der Welt“ (ebd., S. 78), die den Experten von ehemaligen Generalisten mit umfangreichem Kontextwissen zum Spezialisten gemacht habe.

3.2.4 Das Phänomen der Intuition

Bei fast allen Autoren, die sich mit den Themen Expertenhandeln und/oder implizites Wissen befassen, taucht der Terminus Intuition zumindest punktuell auf. Die Feststellung, dass sich Intuition – ungeachtet der Vielfalt der Positionen hierzu - als (mittlerweile) akzeptierter oder zumindest unumgänglicher Bestandteil des Wissens professioneller Experten durchgesetzt zu haben scheint²²⁷, gibt Grund genug, dem Phänomen der Intuition gesondertes Augenmerk zu widmen.

Sowohl bei Polanyi als auch bei Dreyfus & Dreyfus wird der Einsatz von Intuition als Merkmal des Expertenhandelns prominent konzipiert. Ist es bei Polanyi das „Überspringen einer logischen Lücke“ als Produkt einer „finalen Intuition“ (s. o.), thematisieren Dreyfus & Dreyfus auch die mit Intuition verbundenen Akzeptanzprobleme und argumentieren für eine grundsätzliche Anerkennung bzw. Aufwertung eines „reflektierten“ Intuitionsbegriffs (s. o.). Hiermit nehmen sie insbesondere ihrerzeit sicherlich eine Randposition in einem Diskurs ein, der von der neuzeitlichen Dichotomisierung von Intuition und Rationalität nachhaltig geprägt ist und in dem die Sichtweise der Unterlegenheit von Intuition gegenüber Kognition vorherrschend ist.

Die Frage nach den Grenzen und Möglichkeiten der menschlichen Erkenntnisfähigkeit, die oft gemeinsam oder zumindest in weiterem Zusammenhang mit dem (äußerst lebhaft diskutierten) Thema Intuition aufgeworfen wird, ist als eines der zentralen Probleme der Philosophie zu betrachten und kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit daher noch nicht mal in ihren Grundzügen wiedergegeben werden²²⁸. Ein Blick in die Geschichte von Erkenntnistheorie und Wissenschaftstheorie zeigt die Minderbewertung von Intuition als Ergebnis eines Prozesses auf, der ursächlich mit der Ausbildung des rationalistischen Weltbildes verknüpft ist. War sie noch bei Spinoza Mitte des 17. Jahrhunderts in seiner „Scientia Intuitiva“ „die höchste Form der Erkenntnis“, bzw. intuitives Erkennen „das tiefste, wahrste, erstrebenswerteste“

²²⁷ Ein Indiz ist die derzeit populäre Thematisierung von „Emotionaler Intelligenz“, oder „Bauchgefühlen“ als wichtiger Kompetenz (z. B. bei Gigerenzer 2008).

²²⁸ Dem interessierten Leser sei an dieser Stelle die Lektüre von Josef König (1926) bzw. seiner umfassenden philosophischen Auseinandersetzung mit dem „Begriff der Intuition“ in seinem gleichnamigen Werk nahegelegt. Von einer Analyse des alltäglichen Sprachgebrauchs und des damit verbundenen Verständnisses von Intuition als dass „jemand etwas“ erfasst, etwas gesehen, etwas begriffen hat“ ausgehend, sei schon der Alltagssprache zu entnehmen, „dass die Intuition ein auf ‚gewöhnliche Art‘ nicht verständliches Erfassen“ sei. „Orientiert man sich also zunächst am Sprachgebrauch, so empfängt man zuerst den Eindruck, als ob die Sprache unter Intuition eine besondere Art von Erfassen verstände. Bei näherem Zusehen verschwindet jedoch dieser Eindruck und zurück bleibt nur der Hinweis, dass Intuition ein rational nicht erklärbares Erfassen bezeichnet.“ (König 1926, S. 9-10)

(zitiert in: Nager 1999, S. 150), ist in der Folge eine Abwertung intuitiven Wissens zu beobachten. Schon Kant konzipiert den menschlichen Verstand tendenziell eher diskursiv, indem er dem Menschen die Fähigkeit zu ganzheitlicher Wahrnehmung und Intuition abspricht (vgl. Weibler/ Küpers 2008, S. 464-465). Nur andeutungsweise und exemplarisch sei auf Positionen wichtiger Philosophen und Erkenntnistheoretiker verwiesen, die das Spektrum der Betrachtungsweisen abbilden sollen. Der Phänomenologe Husserl entwirft mit seiner Vorstellung von Intuition als einer „Wesensschau“ die Idee einer „neuartigen ‚Bewusstseinsweise‘“ (König 1926, S. 302). Mithilfe von Intuition ist der Mensch nach Husserl in der Lage, von zufälligen Erscheinungsformen zu abstrahieren und allgemeine Merkmale eines Erkenntnisgegenstands zu erkennen. König schließt seine Ausführungen, die die Entwicklung eines definierenden Satzes für Intuition zum Ziel hatten, mit der Erklärung von Intuition durch den Begriff „Anschauung“, „die mit einem Blick unfassbare Totalität des Objekts“ (König 1926, S. 419).

Überraschenderweise vertritt auch der als Vorreiter rationalistischer Denktradition bekannte Descartes in seiner Gegenüberstellung von Intuition und Deduktion die Position einer entscheidenden genuinen Leistung der intuitiven Erkenntnis auch im Rahmen von Prozessen der rationalen Erkenntnisgewinnung. Intuition als „müheloses und deutlich bestimmtes Begreifen des reinen und aufmerksamen Geistes“ (zitiert in: Marbach 1999, S. 17) steht bei ihm für ein von den Unzulänglichkeiten des Sinnlich- Körperlichen losgelöstes Eintreten von Gewissheit im „Lichte der Vernunft“ (ebd. S. 19)- so als „Scharfblick“ oder „Spürsinn“ (ebd., S. 20).

Auch in Goethes „Urphänomen“ (König 1926, S. 120-213) sowie in seiner Idee der „anschauenden Urteilskraft“ ist intuitive Erkenntnis im Sinne eines ganzheitlichen Erlebens und Erfahrens konstitutiv angelegt. Wie Pascal und später C. G. Jung, die eine ähnliche Stoßrichtung des Intuitionsbegriffes verfolgen, wendet sich Goethe gegen eine einseitige Überintellektualisierung auf Kosten dessen, was er - Leiblichkeit und die Nähe zum Gefühl implizierend - als „Herzesscharfsinn“ umschreibt. (vgl. Nager, 1999, S. 150-151). Auf den Punkt gebracht werden kann diese Sichtweise mit Pascals vielzitiertem Diktum: „Le coeur a ses raisons que la raison ne connait pas“ (vgl. z. B. Nager 1999, S. 149). Von Jung als Verfechter einer „gefühlsmäßigen Intuition“ (ebd., S. 151) werden in deutlichster Weise Legitimationsprobleme intuitiv geleiteter Erkenntnis in einseitig vom Primat naturwissenschaftlicher Erkenntnisformen dominierten Zeiten thematisiert: „Intuition ist eine einzigartige Erfahrung, die man nolens volens in aller Verborgenheit als Kostbarkeit hütet, manchmal unter Protest der Vernunft“ (Ausfeld-Hafter 1999, S. 147), wobei er vor einer „Unterdrückung der Intuition durch das rationale Denken“ (Nager 1999, S. 151) warnt. Bei Bergson, um wenigstens einen der zahlreichen Vertreter der Intuition eher geringschätzenden Tradition zu nennen,

wird hingegen eine Spaltung des Menschen in das „Wesen des Geistes“ und das „Wesen des Intellekts“, wobei sich hierbei nach König „das Verhältnis von Intellekt und Intuition höchst sonderbar gestaltet“, konzipiert (vgl. König 1926, S. 213).

Lohnend in Bezug auf Rolle von Intuition in wissenschaftlichen (und speziell medizinischen) Erkenntnisprozessen ist die Lektüre von Werner Catel 1979. Die Bedeutung von Intuition im Rahmen des Erkenntnisprozesses kann anhand der Arbeitsweisen prominenter Geistesgrößen unterschiedlicher Disziplinen (Physiker, Künstler, Literaten) im Zusammenhang mit deren epochalen Entdeckungen und Erfindungen als Erkenntnismöglichkeiten jenseits eines diskursiv-rationalen Zugangs nachvollzogen werden. Gerade die Kombination von Intuition und logisch-diskursivem Denken in komplexen und neuartigen Problemsituationen wird hierbei als erfolgreiches Vorgehen in unbekanntem Terrain vorgestellt (vgl. Catel 1979, S. 21-25). Auf diesem Weg zeigt Catel Intuition als heuristische Kompetenz und funktionale Antwort auf das Lösen neuartiger Probleme auf. Die oftmals unabgegrenzt und synonym verwendeten Begriffe ‚Intuition‘ und ‚Kreativität‘ sind bei ihm zwei differente Phänomene, die in einem zweiphasigen Prozess jedoch untrennbar verbunden seien: Intuition, beschrieben als Denkinhalte, die „blitzartig aus dem Unbewussten“ treten, als „unmittelbare visionäre Enthüllung eines Zusammenhangs“, „bei totaler Versenkung nur im Zustand völlig introvertierter Gemütslage“, werde im Rahmen des kreativen Prozesses zu diskursiv-logisch zu neuer Erkenntnis weiterverarbeitet. Intuition als „plötzlich auftretende Fähigkeit hineinzublicken“ (lat. Intuieri = hineinblicken) wird auf diese Weise bei Catel zur „Wegbereiterin der Kreativität“ (ebd., S. 16-19). Angesprochen ist hiermit eine bestimmte Art der emotional-geistigen Verfassung, die das Auftreten von intuitiver Einsicht begünstigt. Exemplifiziert anhand der Entdeckung von Penicillin beim Betrachten eines Schimmelpilzes (vgl. ebd., S. 22) wird die enge Verbindung von Intuition, emotionaler Nähe zum Erkenntnisgegenstand („Einführung“) sowie der assoziativen Verknüpfung von Gesehenem deutlich.

Bestätigung für diese Position einer hohen Relevanz von Intuition in der wissenschaftlichen Forschung gibt es aus berufenstem Munde in Form eines Zitats von Albert Einstein: „Was wirklich zählt, ist Intuition.“ (zitiert in: Nager 1999, S. 152). Sicherlich provokativ kann der üblichen (Selbst-)darstellung der Wissenschaft entgegengehalten werden, dass in bestimmten Situationen nicht die Intuition eine - wenn überhaupt - notwendigerweise geduldete Ergänzung rational- diskursiver Erkenntnisgewinnung darstellt, sondern, umgekehrt, naturwissenschaftliche Methoden oftmals als Kontrollinstanz und nachträglicher Beweis einer intuitiven Erkenntnisleistung fungieren.

Erkennbar werden in der Zusammenschau der verschiedenen Arbeiten zunächst zwei grundsätzliche Erscheinungsformen von Intuition, wie sie gängig bei verschiedenen Autoren differenziert werden. Zu einen als „blitzartiges Erkennen“ bzw. als „unmittelbar, plötzlich, schlagartig im Bewusstsein auftretender Einfall von vorstellungs- oder gefühlsmäßigem Charakter“ (Heusser 1999, S. 77), zum anderen als Ergebnis intensiver Beschäftigung mit dem Erkenntnisgegenstand, verstanden als „aktive Hervorbringung unseres Intellekts“, die „keine Vermutungen oder Zweifel übrig lässt“ (ebd.)²²⁹. Letztere Form der Intuition wird - im Gegensatz zu ersterer, die den (häufig abwertenden) Status einer vorwissenschaftlichen Strebung zugewiesen bekommt – mitunter als „wissenschaftliche Intuition“ betrachtet (vgl. Rissmann 1999, S. 97). Als eines der Merkmale von Intuition wird neben ihrer „Unmittelbarkeit“ auch die „Ganzheitlichkeit des Erkenntnisbezugs“ (vgl. Marbach 1999, S. 14) in den verschiedenen Konzeptionen deutlich. Gasser 1999 fügt schließlich die verschiedenen Aspekte Intuition, Emotion und Körperlichkeit zu einer „gesamtsinnlichen“ bzw. „Intuition des Leibes“, in der der Leib als Hervorbringer von Intuition begreifbar wird konzeptuell zusammen (vgl. Gasser 1999, S. 38-43). Erst in der Verbindung von intuitiver Einsicht und Emotion werde eine Situation erlebbar und auf diese Weise vollständig verstehbar (vgl. ebd., S. 47).

Nach wie vor zeigt sich Intuition als „ein schwieriger, ein facettenreicher, ein vieldeutiger Begriff, umstritten, oft missbraucht; für einseitig Rationale hochverdächtig“ (Nager 1999, S. 149), wenn auch die wissenschaftliche Wahrnehmung der Relevanz des Themas die einstige Ausgrenzung des Phänomens Intuition aufgelöst hat. So hat die neuere Managementliteratur die Intuition als Kompetenz von Führungspersonal für sich entdeckt und thematisiert diese nun als Fähigkeit zur „Bewältigung der dortigen ‚chaotischen‘ Bedingungen“ durch „Gespür, Ahnungen, Fingerspitzengefühl etc.“, bzw. als besondere Stärke im Kontext „zunehmender Ungewissheit, in dem reflektierende Praktiker unter Druck oder mit unzureichender Informationsgrundlage entscheiden müssen“ (Weibler/ Küpers 2008, S. 464). Intuition als Ergebnis im Sinne eines rettenden Einfalls oder als besondere Form des Erlebens wie beim „komischen Gefühl im Bauch“ finden so als Erscheinungsformen in kritischen Situationen, hier bezeichnet als „ambigüose Probleme“, trotz ihrer (traditionell kritisierten) Irrationalität nun Anerkennung. Erneut deutlich wird hierdurch die enge Verbindung von Intuition und Emotion, die

²²⁹ Ein berühmtes Beispiel hierfür ist die „Heureka-Episode“, in welcher sich beide Formen der Intuitionsentstehung verbinden. Archimedes „quälte sich wochenlang mit dem Problem“ (der Fragestellung, ob die Krone des Königs von Syrakus aus reinem Gold bestünde, ohne sie zerstören zu müssen) und kommt schließlich im Rahmen eines als Erleuchtung beschriebenen Zustands zu der Erkenntnis, die Lösung durch die Bestimmung der Dichte des Materials erreichen zu können. In einem ekstatischen Zustand soll er Heureka! ausrufend durch die Strassen gelaufen sein (vgl. Brunold 1999, S. 113).

sich als besonderer Bewusstseinszustand des intuitiv Erkennenden zeigt, der hier als Aufhebung einer „Subjekt-Objekt-Dualität“ im Sinne eines „Einseins mit Allem“ (Weibler/ Küpers 2008, S. 466) beschrieben wird. Intuition fungiere „als ganzheitliche und gestalthafte Wahrnehmung dynamischer Vernetzung“, die „als eine Art ‚innerer Kompass‘ die Aufmerksamkeit in komplexen und dynamischen Entscheidungs- und Handlungssituationen insbesondere bei einem Überangebot von Entscheidungsmöglichkeiten oder zu beachtenden Variablen in eine viable Richtung lenkt“ (Weibler/ Küpers 2008, S. 466-469). Trotz hoher Zustimmungswerten zum hohen Stellenwert für das eigene Entscheiden (genannt wird die Zahl 80%) scheint Intuition jedoch nach wie vor mit den altbekannten Akzeptanzproblemen, wie sie schon Dreyfus & Dreyfus 1986 im professionellen Handeln kritisch thematisieren (s. o.), behaftet. So werde Intuition gegenüber Kollegen zumeist geleugnet (vgl. ebd.), was auf ihre nach wie vor mangelnde Legitimationsfähigkeit in professionellen Kontexten verweist.

3.2.5 Handlungstheorien

Im Anschluss an die Erkenntnisse der Kognitionspsychologie, durch welche Erscheinungsformen impliziten Wissens in den Fokus rückten, zeigte sich, dass weiterführende Erkenntnisse nur durch eine Fokussierung der Handlungsebene zu erreichen sind. Mit Polanyi, Dreyfus und den Leibkonzepten konnten relevante Wissensformen u. a. als „inkorporiertes“ und „leibliches“ Wissen näher bestimmt werden. Auch die neuere Beschäftigung der betriebswirtschaftlichen und psychologischen Entscheidungsforschung mit Intuition und Emotion verweist nachdrücklich darauf, dass es neben Verstandesmäßig-Rationalem noch ein „Anderes“ gibt, das von den klassischen Handlungs- und Entscheidungstheorien ausgeblendet wird. Isolierte und punktuelle Betrachtungen einzelner Phänomene verdeutlichen diesen Umstand, müssen jedoch weiterführend im Kontext mit der spezifischen Strukturiertheit praktischen Handelns betrachtet werden. Grundsätzlich findet sich auch im Kanon der soziologischen Handlungstheorien eine Überbetonung des Entscheidens, während der praktische Handlungsvollzug weitgehend unbeachtet bleibt (vgl. Böhle 2009b, S. 203-204). Dieser jedoch verdient insbesondere als Auskunftgeber über das Wesen des professionellen Arbeitshandelns genaueres Augenmerk. Mit diesem Ziel werden im Folgenden ausgewählte Handlungstheorien vorgestellt, die Aspekte von Handeln jenseits eines planmäßig-objektivierenden Zugangs beleuchten sowie zugleich die Anbindung impliziten Wissens in eine soziologische Handlungstheorie fundieren.

3.2.5.1 „Reflection-in-Action“

Als instruktiv für die Entwicklung einer angemessenen Würdigung der Leistungen des praktischen Handlungsvollzug „muss Schöns Konzept des „Reflection-in-Action“ gelten („It seems right to say that our knowing is *in* our action“ (Schön 1983, S. 49). Eingebettet in Überlegungen, welche Fähigkeiten und Wissensbestände vor dem Hintergrund wissenschaftlicher und technischer Evolution tatsächlich den Kern professionellen Expertenhandelns ausmachen, konstatiert Schön eine „Krise professionellen Wissens seit ca. den 1960er Jahren („The Crisis of Confidence in Professional Knowledge“, S. 3-20). In kritischer Perspektive auf das leitende Modell „technischer Rationalität“ („From Technical Rationality to Reflection in Action“, ebd., S. 21-69) widmet sich Schön einer Betrachtung der „major professions“ (ebd., S. 23) Medizin und Recht, als Prototypen professionellen, verwissenschaftlichten Handelns in institutionalisierten Zusammenhängen. Die moderne Trennung von Theorie und Praxis in der medizinischen Ausbildung hinterfragend, die selbst in der berühmten „Harvard- Methode“ praxisnahen Lernens nicht gänzlich aufgehoben werde (ebd., S. 28-29), sieht er diese als Folge der Ausbildung des Modells technischer Rationalität, das die Medizin von einer einst praktisch erlernten Profession in eine wissenschaftsbasierte Methode zur Bewahrung von Gesundheit modifizierte („a learned profession with origins in the medieval universities was refashioned in the new image of a science-based technique for the preservation of health“, ebd., S. 31)²³⁰. Diese Entwicklung habe nachhaltige Konsequenzen für die Bewertung adäquaten professionellen Handelns als nurmehr ausführendes Handeln im Anschluss an eine wissenschaftliche Problembewertung, so beim Mediziner als wissenschaftlich und technisch generierte Diagnosestellung und Therapie (ebd., S. 34). Als Grenzen eines Modells technischer Rationalität markiert Schön die individuelle Problemlage der Praxis, so in der Medizin den Einzelfall („a unique case falls outside of the categories of applied theory (...). A physician cannot apply standard techniques to a case that is not in the books“, ebd., S. 41). Hier greifen Schön zufolge andere Mechanismen, die er als „non-technical process of framing of the problematic situation“ (ebd.) charakterisiert und zu deren Erklärung er das (auf den Erkenntnissen von Ryle und Polanyi aufbauende) Modell des „Reflection-in-Action“ (ebd., S. 49f.) in Vorschlag bringt. Dieses beschreibt einen Handlungsprozess, im Rahmen dessen wäh-

²³⁰ Infolgedessen bezeichnet Schön Professionen als „principal agents of the Technological Program“ (ebd., S. 32). Auf Basis ihres enormen Erfolgs auf Grundlage wissenschaftlichen Fortschritts wurden die Ingenieurwissenschaften und die Medizin so zu „models of instrumental practice“ (ebd., S. 34). Seine Kritik am „Modell technischer Rationalität“ untermauert Schöns Sichtweise auf eine völlig von abstraktem, verwissenschaftlichtem Wissen bestimmte Problemdefinition und pronociert seine „Distanzierung vom Wissenschaftsprinzip, in dem er eine unangemessene Verkürzung von Expertise auf das Paradigma ‚technischer Rationalität‘ sieht“ (vgl. Neuweg 1999, S. 265).

rend (und nicht vor dem Handeln!) ein Reflexionsprozess stattfindet. Hierbei konstatiert er grundlegend die hohe Bedeutung impliziten Wissens, sei es seiner Erscheinungsform als spontanes Erkennen oder Intuition, für das professionelle Handeln („the workaday life of the professional depends on tacit knowing in action“, ebd., S. 49)- so z. B. als Erkennen von Unregelmäßigkeiten, Materialbesonderheiten oder Symptomkonstellationen²³¹.

Entscheidend ist in erster Linie die durch Schön vollzogene Einbettung des praktischen Handlungsvollzugs in eine Konzeption intelligenten Verhaltens bzw. ein Handlungsmodell. Bezeichnet als „Knowing-in-Action“ charakterisiert Schön ein routinisiertes Problemlöseverhalten des Experten, mit „Reflection-in-Action“ hingegen ist ein in unbekanntem und schwierigen Situationen notwendig werdendes Verhalten bezeichnet (vgl. ebd., S. 54), mehr noch ein Modell, das für künstlerisches Handeln in Situationen steht, die sich nicht durch ein Handeln gemäß der Prämissen der „technischen Rationalität“ lösen lassen („artistry in situations of uniqueness and uncertainty, ebd., S. 165). Als Beispiel dient ihm u. a. die aufeinander abgestimmte Performance eines Jazz-Ensembles, welche sich aus einem im Moment entstehenden „Gefühl für die Musik“ (ebd., S. 55-56) generiere. Im Rahmen seiner Analyse der Struktur von „Reflection-in-Action“ (ebd., S. 128-167, siehe auch Neuweg 1999, S. 356- 362) benennt Schön typische Elemente und Begleiterscheinungen einer solchen Handlungsweise:

- In der neuartigen Situation finde zunächst ein Prozess des „reframing“ statt, der in Reaktion auf die Handlungsauswirkungen sukzessive korrigiert und im Zuge dessen durch den Handlungsprozess ein Verständnis der Problemsituation erreicht werde („He understands the situation by trying to change it“, Schön 1983, S. 151).
- Hierzu kann ein mehrfacher Perspektivewechsel, von Schön als „double vision“ bezeichnet, erforderlich sein. Auch trete der Handelnde in reflexive Konversation mit der Situation, um auf veränderte situative Bedingungen reagieren zu können.
- Eine Rolle spiele auch die emotionale Gestimmtheit des Handlungssubjekts, z. B. als unbestimmbares Gefühl, „dass etwas nicht stimmt“, ebenso wie eine Grundhaltung der Offenheit insgesamt konstitutiv sei.

²³¹ Auch Schön zieht (wie andere, z. B. Polanyi) zur Exemplifizierung seines Gedankens den erfahrenen Arzt heran, der mit Eintritt des Patienten ins Sprechzimmer zum Stellen einer Blickdiagnose in der Lage ist. Basis für diese Fähigkeit ist sein erfahrungsbasierter Bestand an implizitem Wissen, welches er in einem Prozess unmittelbaren und ganzheitlichen Erkennens aktualisiert.

Durch die genannten Merkmale qualifiziert sich „Reflection-in-Action“ als ein unmittelbar einzelfallbezogenes Vorgehen, welches die Besonderheiten der jeweiligen Situation berücksichtigt. Durch dieses Wesen von „Reflection-in-Action“ könne der Kunstfertigkeitsscharakter des Umgangs mit Unsicherheiten und Unwägbarkeiten der Praxis durch Experten gefasst werden (vgl. ebd., S. 50). Ebenfalls interessant bei Schön ist, dass er den Prozess der Reflexion über die Handlung als „Reflection-on-Action“ außerhalb des Handlungsvollzugs ansiedelt. Somit wird die Möglichkeit der Gewinnung abstrakter Erkenntnisse über den Handlungsprozess nicht geleugnet sondern sogar darüber hinaus konzeptuell erfasst und ihr Nutzen (im Sinne einer „Manöverkritik“²³²) im Rahmen eines kommunizierbar-Machens von Wissen zuerkannt.

3.2.5.2 Die „Intelligenz praktischen Handelns“

Das Wesen intelligenten Handelns ist auch das Thema von Ryle. Bereits in den Konzeptionen von Polanyi und Dreyfus aufgegriffen wurde seine Differenzierung von „Können“ („knowing how“) im Sinne eines situationsadäquaten, theorieleeren Handelns gegenüber „Wissen“ („knowing that“) im Sinne eines theoriegeleiteten Erkennens als grundlegend unterschiedliche Erscheinungsformen menschlicher Intelligenz. Hiermit lenkt Ryle den Blick auf die Besonderheit menschlichen Problemlösens als Handlungskompetenz. Einer kognitivistischen Konzeption von Handeln fundamental widersprechend lehnte Ryle die Vorstellung einer dem intelligenten Handeln zwangsweise vorausgehenden Reflexion als „intellektualistische Legende“ (vgl. Neuweg 1999, S. 59f.) ab und bereitete so dem Verständnis und der Würdigung praktischen Handelns als geistiger Leistung und eigenständiger Wissensform den Weg²³³. In Ryles Konzeption von intelligentem Handeln als praktisches Können ist Planen keine Bedingung intelligenten Handelns. Eng mit der Planungsfrage verbunden ist bei Ryle die einer Intentionalität des Handelns, die er im Rahmen eines zwar nicht geplanten, so doch überlegten Handelns vorfindet, wie etwa das Ausspielen einer Karte beim Kartenspiel. Ein solches absichtsvolles Tun markiere die Grenze zwischen Verhalten und Handeln, auch wenn ihm keine Planung zugrunde liegt (vgl. Neuweg 1999, S. 348-351).

²³² Die Reflexion hat hierbei den Status einer „Sekundärhandlung“. Im Rahmen dieser sei lediglich die Lösung von Standardproblemen durch standardisiertes Wissen möglich (siehe dazu Neuweg 1999, S. 356, S. 362).

²³³ So könnte man Ryle auch bei den unter „Wissen“ vorgestellten Konzeptionen einordnen, seine Gedanken haben jedoch auch maßgebliche Implikationen für die Handlungsebene.

Eine Zuspitzung dieser These findet sich in Suchmans Konzept der „situated actions“ (vgl. Suchman 1987, S. 49f), mit dem sie die radikale Gegenthese zum klassischen Modell des Problemlösens Simon/ Newell'scher Prägung (s. o.) aufstellt. Hierin bestreitet die aus der Tradition der KI-Kritik stammende Theoretikerin in Distanzierung vom „planning model“ der Kognitionswissenschaften (vgl. Suchman 1987, S. 28f.) das Vorhandensein von Plänen im realen menschlichen Handeln. Als Gegenmodell führt sie die Idee der „situierten Handlungen“ ein, die jede Aktivität als „verkörpert“ (Suchman 1987, S. 50) einstuft und in dem Pläne als ex post-Rationalisierungen konzipiert werden. Hiermit nimmt Suchman in erster Linie Bezug auf die Dynamik und Kontingenz von Interaktion und die Einbindung von Handeln in soziale und situationale Kontexte, welche sie als ausschlaggebend für das tatsächlich stattfindende Handeln ansieht.

3.2.5.3 Wiederbelebung des Kunstdiskurses

Der Begriff der ‚Kunst‘ hat im Rahmen vor allem der rationalen Handlungstheorien einen eigentümlichen Klang- zumal ihm nach der immer noch vorherrschenden, wenn auch unterschwelliger in neuere Handlungskonzeptionen hineinwirkenden Lesart rationalistischer Tradition vor allem im Bereich technikintensiver Arbeitsfelder sicherlich breite Akzeptanz fehlt. Dennoch gibt es eine nicht geringe Anzahl von Handlungskonzeptionen, die die Relevanz kreativer²³⁴ bzw. künstlerischer Handlungselemente oder Vorgehensweisen aufzeigen.

Die nachfolgend vorgestellten Konzepte und historischen Einlassungen erscheinen geeignet, den weitgehend ausgegrenzten Kunstbegriff von dem ihm anhaftenden Makel der Unzulänglichkeit, der in der neuzeitlichen Trennung von Wissenschaft und Kunst angelegt ist, zu befreien. Die Erkenntnis, dass bestimmte Handlungsfelder von einer als „künstlerisch“ zu beschreibenden Handlungsweise profitieren, öffnet den Betrachtungshorizont für die „Verschränkung wissenschaftlich fundierten Wissens mit anderen Formen des Umgangs mit materiell-technischen Gegebenheiten“ (Böhle 1997, S. 155).

„Ingenieurskunst“

Ein informatives Beispiel für die Verdrängung des Kunst-Diskurses durch das Leitbild der Wissenschaftlichkeit stellen die modernen Ingenieurwissenschaften dar, wie der Technikhistoriker Wengenroth (Wengenroth 1997, S. 141-151) anhand einer Gegenüberstellung des

²³⁴ Dieser Begriff ist jedoch deutlich weniger konturiert als der des künstlerischen Handelns, prominent ist hier lediglich Joas 1992, dessen Handlungskonzeption jedoch auch ob ihrer Unschärfe kritisiert wird (z. B. von Böhle 2009b).

Kunst- bzw. später Wissenschaftscharakters im Maschinenbau zeigt. Einst als „Mühlenbaukunst“ begriffen, durchlief die Ingenieurskunst einen Prozess der Verwissenschaftlichung, im Rahmen dessen als künstlerisch zu beschreibende Handlungselemente sukzessive an Legitimation verloren. Der Maschinenbauer im Zeitalter der „Mühlenbaukunst“ war „Künstler“, der sich im Wesentlichen auf „empirisch gesättigte Intuition“ und die „Ästhetik der Konstruktion“ berief. War bis ins 19. Jahrhundert die „Concinnitas“ da Vincis, „das göttlich inspirierte Gefühl für die Richtigkeit ihres Handelns“ als auf „Gottebenbildlichkeit“ beruhende Legitimation ausschlaggebend, wurde diese – zunächst offenbar unwiderruflich - durch die Etablierung der Ingenieurwissenschaft und der den alleinigen Wahrheitsanspruch erringenden Naturwissenschaften abgelöst. So bedeutete die Verwissenschaftlichung der Ingenieurskunst im 19. Jahrhundert die Exklusion von Wissenformen, die sich nicht auf formales Wissen reduzieren lassen, gleichwohl diesem begründungspflichtig wurden, aus dem Kanon professionellen Wissens (vgl. ebd., S. 149). Eine, wie sich zeigen sollte, problematische Ausgrenzung erfuhren hierdurch bestimmte Fähigkeiten und Kenntnisse, die jedoch, wie Wengenroth demonstriert, für das Wesen der Ingenieurstätigkeit konstitutiv sind. Angesprochen ist hiermit der hohe Stellenwert von tacit knowledge im Maschinenbau, verdeutlicht als „Gespür“, „Faustregeln“, Vertrautheit mit Apparaten, „Intuitives Schließen von Theorielücken“ statt formaler Mechanik. So wird von Ferguson 1992 die Tätigkeit des Entwerfens nicht als planmäßiges und sequentielles Vorgehen vorgestellt, sondern vielmehr als Akt der Imagination, der sich in einer Serie von unterschiedlich perspektivierenden Zeichnungen sukzessive und allmählich vervollständigt und entwickelt (vgl. Ferguson 1992, S. 18). Als „raffiniertes“, „komplexes“ und „von Zufällen bestimmter Vorgang“ (ebd., S. 44-45) ist das Entwerfen ein Paradebeispiel für eine unscharfe Zieldefinition, die sich nur im Rahmen schrittweise- explorativen Vorgehens bewältigen lässt. Imaginatives und „anschauliches Denken“ kommt in Fergusons Metapher des „inneren Auges des Ingenieurs“ (ebd., S. 46f) zum Tragen.

Interessant ist dies vor dem Hintergrund, dass lange Zeit gerade der Ingenieur als „Prototyp“ planmäßig-rationalen Handelns galt (vgl. Böhle 2004, S. 38). Wie in anderen Sektoren mussten die hohen Erwartungen, die mit der Verwissenschaftlichung von Konstruktionsmethoden verknüpft waren, zumindest relativiert werden, was schließlich zur „Wiederentdeckung des menschlichen Faktors in der Konstruktion“ (Heymann/ Wengenroth 2001, S. 116) führte. Heymann/ Wengenroth 2001 entdecken insbesondere in „ill structured problems“ und komplexen Situationen die Überlegenheit von „erfahrungsgeleiteten Zugängen“ und „spielerisch-heuristischen Verfahren“ gegenüber „abgeklärten Algorithmen“ (ebd.) – was für das Fortbestehen künstlerischen Handels gerade im Zusammenhang mit komplexer Technik spricht. Des Weiteren gibt es Hinweise aus anderen Untersuchungen, die die Notwendigkeit nicht-regelgeleiteten, experimentierenden Handelns sowie nicht-begrifflichen, bildlich-

anschaulichen Denkens nahelegen (vgl. Böhle 2004, S. 38-39) So führt auch Brödner als ein wesentliches Merkmal des guten Ingenieurs dessen Bewusstsein über die Differenz zwischen Modell und Realität, dementsprechend zwischen theoretischen Aussagen und praktischem Handeln, zwischen Wissen und Können an²³⁵, welches „im Schwinden begriffen“ sei (vgl. Brödner 1997, S. 26)

Heymann/ Wengenroth 2001 plädieren schließlich für eine Aufwertung von Kunst und Intuition, die sich in der Praxis als äußerst bedeutsam erweisen, sogar mit den modernen Naturwissenschaften eine Allianz eingehen, die zu technischem Fortschritt führt, bzw. die Nutzung komplexer technischer Artefakte erst ermöglicht, dennoch bei der Ingenieurausbildung insgesamt bislang nur unzureichende Anerkennung fänden.

„Kunst als Erfahrung“

Auch der Pragmatiker Dewey beschreibt in seinem Konzept die Abwendung vom planmäßig-rationalen Handlungsbegriff, indem er Handeln als intentionales aber nicht teleologisches Handeln konzipiert. Ziele werden bei ihm im Laufe des Handlungsprozesses definiert. Auch wendet sich Dewey gegen eine Vorstellung, dass dem praktischen Handeln zwangsweise Erkennen vorausgehen müsse (vgl. Joas 1996, S. 220f.). Hinzu kommt bei ihm ein aktiver, lebendiger, dynamischer Erfahrungsbegriff, der Erfahrung als Vorgang einer sinnesgeleiteten Auseinandersetzung mit der Umwelt, als Prozess und nicht als Besitztum im Sinne eines „Erfahrungsschatzes“ konzipiert. So ist nicht zufällig ein Kapitel des Werkes „Kunst als Erfahrung“ mit dem Titel „Eine Erfahrung machen“ (Dewey 1980, S. 47-71) überschrieben: Die Wurzel eines so verstandenen Erfahrungs- und Erkenntnisbegriffs ist Deweys Konzeption des Menschen als „lebendiges Geschöpf“, das – wie von Merleau-Ponty zugrundegelegt - durch die Sinne unmittelbar an Vorgängen der es umgebenden Welt teilnimmt“ (ebd., S. 31). Erkenntnis und praktisches Handeln, Wissenschaft und alltägliche Erfahrung werden weder als isolierte Vorgänge behandelt noch eine Überlegenheit des Geistes über die Sinne postuliert. Wissenschaft ist für ihn nicht die ultima ratio, sondern im Gegenteil durch andere, im Menschen veranlagte Möglichkeiten der Erkenntnisgewinnung zu ergänzen: Betont wird von Dewey die Notwendigkeit von „Imaginationen“ und Intuition als Medien der Einsichtsgewinnung- in Abgrenzung zu rationalem „Vernunftdenken“, welches er in einer „Welt der Mutmaßung, des Rätsels, der Unsicherheiten zum Scheitern verurteilt sieht (vgl. ebd., S. 45-46). Dewey hebt die cartesianische Trennung von Geist und Sinnen demnach nicht nur auf, sondern begreift Geist und Sinne vielmehr als symbiotische Einheit, die Erkenntnis erst ermöglicht.

²³⁵ Hier besteht sicherlich eine Parallele zum ‚guten Arzt‘.

Insbesondere die ästhetische Erfahrung ist für Dewey ein Ort der Imagination, wodurch, anders als im konservativen Erfahrungsbegriff unterstellt, die „Trägheit der Gewöhnung“ durchbrochen werden kann (vgl. ebd., S. 319). So werden Sinne und Gefühl nicht aus einem als rational definierten Erkenntnisprozess ausgegrenzt, sondern erhalten vielmehr als Grundlage des Erfahrung-Machens bei Dewey einen exponierten Stellenwert im Rahmen des Erkenntnisvorgangs.

„Künstlerisch Handeln“

Braters Konzept „Künstlerisch Handeln“ (1989) stellt eine Analyse künstlerischer Tätigkeit vor, die die Besonderheiten und Merkmale sowie die Anforderungen eines solchen Handelns hervorhebt²³⁶. Ihm gelingt es, die praktische Relevanz künstlerischer Handlungsaspekte für die moderne Arbeitswelt anschlussfähig zu machen, indem er sie als Elemente beruflicher Handlungsfähigkeit aufzeigt (vgl. Brater et al. 1989, S. 12-13). Seit den 1980er Jahren nimmt auch die berufspolitische Diskussion in ihrer Neureflexion von Handlungserfordernissen in der beruflichen Praxis Bezug auf das Konzept des „Künstlerischen Handelns“.

Zentrale Grundannahmen, die für den künstlerischen Handlungstypus merkmalsgebend sind, beziehen sich auf das Wesen von Arbeitshandeln als „tätigen Eingriff in die Welt“, der im Wesentlichen auf einer sinnlichen Auseinandersetzung mit der Welt basiere. Mit künstlerischer Handlungsfähigkeit ist im Anschluss an Brater die Fähigkeit angesprochen, „mit den Menschen und Dingen, den Phänomenen und der Welt gegenüber ‚gestaltend‘ im Unterschied zu ‚technisch‘ oder ‚instrumentell‘ umgehen zu können“ (vgl. ebd., S. 106). Ausgangspunkt auch bei Brater ist eine konzeptuelle Öffnung des Wahrnehmungsbegriffs in Richtung einer „unbefangenen Wahrnehmung“, die nicht durch „fixierte Zielvorstellungen“ (ebd., S. 104) eingeengt werde, sondern vielmehr eine generellere Erfassung der Handlungssituation sowie der in ihr angelegten Handlungsmöglichkeiten begünstige. Der schöpferische Prozess ist bei Brater somit keineswegs linear-zielgerichtet, sondern verlaufe mitunter in durchaus überraschenden Wendungen. Anhand von kreativen Selbstversuchen und Beobachtungen aus dem Unterricht charakterisiert Brater den künstlerischen Handlungsablauf wie folgt in Phasen:

(1) „Ergebnisoffenheit“ zu Beginn des künstlerischen Prozesses: „Ausgangssituation ist eine völlig offene Situation, bei der noch gar keine Vorstellung der Endform, des Ziels gegeben ist. Es herrscht Unbestimmtheit, Offenheit, Unsicherheit“

²³⁶ Kunst und Handwerk unterscheiden sich nach Brater in erster Linie danach, dass sie beide technisches Können erfordern, vollendete Technik für den Künstler jedoch (nur) die handwerkliche Voraussetzung) für das Kunstwerk darstellt (vgl. Brater et al. 1989, S. 72).

„Offenheit“ als Handlungsprinzip sowie die „Notwendigkeit, sich einem zunächst unbestimmten Geschehen ‚hinzugeben‘“ werden hierbei als Voraussetzungen eines eruierenden, erprobenden Erkennens konzipiert. Der sinnlichen Wahrnehmungsfähigkeit kommt, als Voraussetzung, „Neues“ zu entdecken, als „Wachheit“ und „Unbefangenheit der Sinne, eine tragende Rolle zu.“ (vgl. ebd., S. 57-61).

(2) „Im Anschluss an die Phase der Offenheit und scheinbaren Ziellosigkeit tritt schließlich ein „Dialog mit einem als relativ eigenständig erfahrenen Gegenüber“ ein, der von einem anregenden Gefühl begleitet ist“

Im weiteren Handlungsprozess kommt es zur dialogischen Interaktion im Sinne eines „aktiven Umgangs“ mit dem Arbeitsgegenstand. „Der bewusste Dialog des künstlerisch Tätigen mit dem zu gestaltenden Gegenstand ist für die künstlerische Tätigkeit konstitutiv“. „Diese Auseinandersetzung ist individuell, einmalig immer wieder neu und deshalb gerade nicht institutionalisierbar. Ihre Dauer liegt nicht in der einmal gefundenen übergreifenden, intersubjektiven Regel, sondern in den sinnlich greifbaren, einmaligen Kunstwerken. Künstlerisches Handeln ist somit ein regelfreies, stets originäres, allein den Eigengesetzen der Sache verpflichtetes Handeln.“ (vgl. Brater et al. 1989, S. 65-67).

(3) Hiernach folge eine lange „Phase intensiver, konzentrierter Arbeit“.

„Konstruieren“ oder „Gestalten“ werden bei Brater als Abweichung vom Modell technisch-instrumentellen Handelns deutlich als nicht-teleologisches Handeln. In einer weiteren Abweichung vom rationalen Arbeitsbegriff wird in Braters künstlerischem Handeln eine Aufhebung der Distanz zum Arbeitsgegenstand durch die Betonung des „Dialogs“ mit dem Arbeitsgegenstands evident: Künstlerisches Schaffen bedinge eine „tätig hingeebene Auseinandersetzung mit dem Gegenstand“, „man versenkt sich in die Gestalt eines Gegenstandes“. In der „engen Verbindung von Handeln und Erkennen“ erlangt auch die „intensive Wahrnehmung“ einen hohen Stellenwert: unverzichtbar sei es, „genau hinzusehen, hinzuhören, hinzutasten“. Dazu gehöre auch „konzentriertes ‚Lauschen‘“ sowie „inneres Zurücktreten vor dem Objekt“. „Mitgebrachte, vorgefertigte Urteile stören nur diesen Kommunikationsprozeß“. Auch erfährt bei Brater die praktische Handlungsebene eine nachhaltige Würdigung: „Das künstlerische Erkennen ist damit als ‚anschauendes Erkennen‘ zugleich praktisch. Es sucht nicht nach den ‚hinter‘ dem Objekt liegenden Ursachen, sondern nach den ganzheitlichen Wirkungszusammenhängen des offen vor ihm liegenden Wahrnehmungsobjektes“ (vgl. ebd., S. 67-70).

Improvisierend-intuitives Handeln

Eine weitgehende Revision der an planmäßig-rationalem Handeln orientierten Theorie der Handlungsregulation (siehe dazu B 1.) stellt das spätere Konzept des „intuitiv-

improvisierenden“ Handelns von Volpert 2003 dar, in welchem sich der einstige Mitverfechter mit der nun akzentuierten Komponente des „flexiblen Eingehens auf stärker variierende Situationen“ im Sinne eines situierten Handelns von einem planmäßig-objektivierenden Handeln abgrenzt²³⁷. Ein erster Eckpfeiler des Konzepts ist seine Ablehnung der These der Zielgerichtetheit von Handeln („Wir sind alle keine einsamen Zielgeneratoren oder Zweckverfolgungsautomaten“) mit dem Verweis auf variierende Kontextbedingungen („Wir sind als Handelnde eingeflochten in einen großen uns um- und übergreifenden Fluss des Geschehens“), auf die der Handelnde reagieren muss, weswegen Handeln immer als „kontext- und situationsbezogen“, respektive „situieret“ verstanden werden muss (vgl. Volpert 2003, S. 57). Auch plädiert Volpert dafür, Emotionen und Denken nicht als Widerspruch, sondern als eng verknüpft, als „sinnvolle Ergänzung von denkender und emotionaler Steuerung des Handelns“ (ebd., S. 56) zu begreifen. So nehmen Emotionen im Modell des improvisierend-intuitiven Handelns, das Volpert als „wesentlich von Gefühlen geleitet“ bezeichnet, einen zentralen Stellenwert ein: „An die Stelle der Planung tritt eine eher gefühlsbezogene Handlungssteuerung (ebd., S. 66).

Nun gilt es zur Klärung des Konzepts die zwei Bestandteile des improvisierend-intuitiven Handelns genauer in Augenschein zu nehmen:

Der Terminus „improvisierend“ bezieht sich auf Aspekte des Handelns, die Volpert vor allem im „körperlichen Handeln“, wie er es nennt, angelegt sieht (vgl. ebd., S. 64). Auch Volpert geht von der Verfügung über ein „in den Leib eingeschriebenes“ Wissen aus, das er als Gegenkonzept zu der von ihm abgelehnten „Trennung von Kognition und Aktion“ anführt. Hierbei ist es für Volpert irrelevant, ob sich für dieses Wissen explizite Beschreibungen, Regeln oder „Ziel-Plan-Hierarchien“ angeben lassen (vgl. ebd., S. 60-61).

Mit der Bezeichnung „intuitiv“ weist Volpert auf das Finden einer schnellen und spontanen Lösung hin, was nach Volpert im Rahmen eines „spielerischen“ und „experimentierenden“ Handelns erfolge. So konturiert er ein situationsbezogenes Handeln, dessen Ziele sich im Handlungsfluss bilden und das in der Lage ist, im Abgleich mit der aktuellen Situation Wege neu zu konstruieren. Ein solches Handeln sei mit der häufigen Gegenüberstellung der beiden Extrempole „bewusster, rationaler Planung“ gegenüber „planlosem Herumspringen“, nicht zu fassen (vgl. ebd., S. 70).

²³⁷ Den nicht einfachen Stand, den ein von planmäßig-rationalem Handeln abweichendes Modell in der aktuellen Wissenschaftsdiskussion noch immer hat, verdeutlicht die Darstellung Volperts des Ablaufs eines wissenschaftlichen Symposiums zum Thema „menschliches Handeln“ mit ‚zum anderen Lager‘ gehörigen Vertretern einer rationalistischen Handlungstheorie.

In der Kombination mit dem improvisierenden Element ist so eine Vorgehensweise beschrieben, die ohne Reflexion der eigenen Handlung auskommt. Als Idee des „imaginierenden Denkens“, konzeptuell jedoch kaum vertieft, findet sich bei Volpert ein dem rationalen Denken in schwierigen Situationen oftmals überlegenes Denken. Lediglich im Fall, dass das Problemlösen mehrere Anläufe erfordert, werde das Zwischenschalten einer Reflexion, von Volpert als „Probehandeln“ bezeichnet, notwendig, das den unmittelbaren sinnlichen und emotionalen Bezug zur Umwelt unterbreche und so den Handelnden schließlich die möglicherweise nahe liegende Lösung erkennen lässt (vgl. ebd. S. 66-68).

Volperts Entwurf wird insbesondere von Neuweg 1999 positiv gewürdigt als „bemerkenswert differenzierte und abgewogene Diskussion der Leistungsfähigkeit und der Grenzen des Modells der hierarchisch- sequentiellen Handlungsorganisation. Irgendwo in der Mitte zwischen „einem streng formalisierten Modell“ und einem „Geraune von menschlichen Potenzen, die man besser nicht analysieren sollte“ lokalisiert Neuweg die dem Phänomen menschlicher Kognition angemessene Denkart“ (Neuweg 1999, S. 364). Ob Volperts Modell für die Beschreibung von Arbeitshandeln verbindlich sein kann, wird bisweilen angezweifelt, da er menschliches Handeln im Allgemeinen beschreibt (z. B. beim Spaghettikochen, ebd., S. 78) und diese alltäglichen Handlungsformen dem Arbeitshandeln gleichwertig behandelt bzw. in dieser Hinsicht keine explizite Differenzierung vornimmt (vgl. Böhle 2004, S. 44). Auch bleibt er empirische Beweise seiner Thesen schuldig. Dieses Defizit kann das Konzept des subjektivierenden Handelns ausgleichen, welches im Anschluss an die Synthese der vorgestellten Ansätze in Vorschlag gebracht wird.

3.2.6 Synthese der Ansätze

Ziel der ausführlichen Darstellungen der verschiedenen Konzeptionen von Wissen und Handeln war es, den Blick für diejenigen Aspekte zu öffnen, die üblicherweise in den Konzeptionen von professionellem Wissen und Arbeitshandeln ausgeblendet werden. Es wurde sowohl ein Wissensbegriff als auch – vielfach damit eng verbunden - ein Handlungsstil konturiert, der den Rahmen des klassischen Arbeitsbegriffs als planmäßig-objektivierendes Handeln sprengt. Die vorgestellten Konzepte akzentuieren jeweils unterschiedliche Aspekte von Wissen und Handeln, die nun synthetisiert werden sollen. Dabei soll unter Bezug auf das im Nachfolgenden dargestellt Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns eine Zusammenfassung der vorgestellten Konzepte und Ansätze in den (Handlungs-) Dimensionen „Vorgehensweise“, „Sinnliche Wahrnehmung“, „Wissen und Denken“ sowie der „Beziehung zum Arbeitsgegenstand“ bzw. zur „Umwelt“ erfolgen.

Vorgehensweise

Dem vorherrschenden Leitbild von Arbeit entsprechend, gelten Planung und Entscheidung als Kriterien für eine angemessene Handlungsweise, während dem praktischen Handlungsvollzug als bloßer Ausführung auf der Grundlage intelligenter Planung nur wenig Interesse entgegengebracht wird (vgl. Böhle 2004, S. 36). Wie jedoch- teils explizit, teils implizit - aus den vorgestellten Konzepten hervorgeht, gibt es Situationen, in denen eine vollständige Handlungsplanung, wie im Fall von unvollständig definierten Problemstellungen sowie unbekanntem und mehrdeutigen Situationen, nicht möglich bzw. nicht zielführend ist. So erscheint der Standpunkt einer Geringschätzung des praktischen Handlungsvollzugs, da dieser als wesentlich komplexeres Gebilde, nämlich als eigentlichen Ort intelligenter Problemlösung, deutlich wird, als dringend revisionsbedürftig. Zunächst weist insbesondere Ryles Konzept von intelligentem Handeln als „knowing how“ den praktischen Handlungsvollzug als ein über die bloße Realisierung von vorab gefällten Entscheidung hinaus gehendes Handeln aus. Auch wenden sich einige Konzepte explizit gegen die Vorstellung eines bloß routinisierten Handlungsvollzugs. Die Vorstellung eines regelgeleiteten Handelns wird von Dreyfus' Modell des Expertiseerwerbs in Frage gestellt, indem es Handeln auf Expertenniveau gerade in seiner nicht-Regelhaftigkeit bestimmt. Akzente eines situativen Eingehens auf veränderliche Situationen, die mithilfe spielerischen und experimentierenden Handelns bewältigt werden, setzt Volpert mit seinem Konzept des „improvisierend- intuitiven Handelns“. Braters Ansatz des „künstlerischen Handelns“ beleuchtet den schöpferischen Tätigkeitsprozess als nicht-lineares und nicht-teleologisches Handeln, dessen Dynamik von der intensiven und emotional geprägten dialogischen Auseinandersetzung mit dem Arbeitsgegenstand getragen ist. Auch in Schöns „Reflection in-Action“ leitet sich die Vorgehensweise aus der konkreten Situation ab, die im Laufe des Prozesses im Rahmen eines dialogischen Austauschprozesses mit der Situation immer wieder einer Neubewertung unterzogen wird, während Suchman mit dem Gedanken der „situated actions“ (in der wohl radikalsten Version) das Vorhandensein von Plänen gänzlich bestreitet und die Ursachen für Handeln allein im sozialen Raum bestimmt.

Sinnliche Wahrnehmung

Die Leibkonzepte von Merleau-Ponty und Schmitzens „leibliche Kommunikation“ rücken die besondere Leistung sinnlicher Wahrnehmung in den Vordergrund, die im klassisch-rationalen Handlungsbegriff größtenteils ignoriert oder durch den kognitiven Filter „bereinigt“ wird. Dass diese Sichtweise zu kurz greift, kann vor allem mit den Gedanken des „Leiblichen-zur-Welt-Seins“ nach Merleau-Ponty als einer Form von Intelligenz, die sich nicht auf „Präreflexives“ reduzieren lässt, veranschaulicht werden (vgl. Böhle 2009b, S. 206-207).

Auch Fuchs verweist mit seiner „Kunst der Wahrnehmung“ auf die Notwendigkeit der Integration eines umfassenden Wahrnehmungsbegriffs in die eine neue Konzeption von Arbeitshandeln. „Leibliches Spüren“ im Rahmen einer partizipierenden Wahrnehmung nach Merleau-Ponty oder das Konzept der „Einleibung“ nach Schmitz sind in diesem Zusammenhang maßgebliche Gedanken.

Wissen und Denken

Auch auf der Ebene des Wissens und Denkens zeigen sich Abweichungen von einem im Leitbild rationalen Arbeitens zugrunde gelegten rein logisch-intellektuellen Zugang. An vorderster Stelle anzuführen ist hier sicherlich das prominenteste Konzept von Polanyi, der im Rahmen der Entfaltung seines Begriffs von implizitem Wissen die Verbindung von Denken und Gefühl prägt, den Akt des Verstehens nicht als intellektuellen Nachvollzug, sondern als „Einführung“ veranschaulicht. Als unverzichtbar erscheint auch die vielbeschriebene Intuition, aufgegriffen allen voran von Dreyfus, der sie als herausragendes Merkmal des Expertenhandelns konzipiert. Eine Einbettung eines Denkmodells in eine Handlungskonzeption leistet Schöns „Reflection-in-Action“, welches zudem emotionale Komponenten miteinschließt. Auch Volpert verbindet die Ebenen des Denken und Handelns mit der Idee des „imaginierenden Denkens“, das in bestimmten Situationen in Kombination mit der von ihm beschriebenen explorativen Handlungsweise erfolgreich ist.

Der Komplexität praktischen Handelns angemessener erscheinen Ansätze, die „die Materialität und Körperlichkeit des Handelns“ (Böhle 2009b, S. 206) integrieren. Mit Polanyi und vor allem dem Konzept der Leiblichkeit nach Merleau-Ponty gerät auch ein inkorporiertes Wissen in den Blick, das als „leibhaftiges Können“ verstanden werden muss und den Körper als Träger von Wissen sichtbar macht. Die im Leiblichkeitskonzept aufgezeigte Bedeutung des Körpers, die mit einer Reduktion auf bloß „sensumotorische Fähigkeiten“ nicht adäquat betrachtet wird, hat Eingang in eine Vielzahl von Konzeptionen praktischen Könnens, allen voran Polanyi und Dreyfus, jedoch auch Brater und Volpert, gefunden.

Beziehungsebene

Aus den vorgestellten Ansätzen ist, wenn auch teilweise weniger explizit, eine besondere Beziehung zur Umwelt, die auf Nähe und Verbundenheit basiert, herauszulesen. Anders als im distanzierten, rational-kognitiv gesteuerten Erkennen wird die Subjekt-Objekt-Trennung (zumindest implizit, wenn nicht sogar stellenweise ausdrücklich) aufgehoben. Deutlich wird dies im schöpferischen Arbeitsprozess nach Brater, wie auch dem Leiblichkeitskonzept nach Merleau-Ponty und dem Konzept der „Einleibung“ und der „leiblichen Kommunikation“ nach

Schmitz. Auch Dreyfus veranschaulicht diese Erscheinungsform von (teils auch physischem) Einswerden mit dem Arbeitsgegenstand durch den Autofahrer, der mit seinem Wagen zu einer Einheit verschmilzt. Insbesondere diese Handlungsdimension, die nichtsdestoweniger als tragende Komponente begriffen werden muss, bleibt in den meisten Handlungstheorien unberücksichtigt.

4 Das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns

Mit dem Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns soll im Folgenden ein Konzept in Vorschlag gebracht werden, das die soeben dargestellten Dimensionen ‚Vorgehen‘, ‚Sinnliche Wahrnehmung‘, ‚Denken‘ und ‚Beziehungsebene‘ im Rahmen einer Handlungstheorie verbindet und sie als Aspekte eines kohärenten Handlungsstils, dem erfahrungsgeleitet-subjektivierenden Handeln, fasst. Das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns bildet eine Synthese vielfältiger und disziplinübergreifender Forschungsansätze zum Wissen und Handeln, die es im Rahmen eines dimensionalisierenden Ansatzes aufeinander bezieht und dadurch in ihrer Verschränkung aufzeigt. Verschiedene theoretische Fragmente können so im Rahmen eines mehrdimensionalen Ansatzes als Elemente subjektivierenden Handelns integriert werden, als dass sie ein Handeln beschreiben, das „in sinnlich-körperliche Erfahrungen eingebunden ist und sich der Objektivierung entzieht“ (Böhle et. al. 2004, S. 107) und somit einer wissenschaftlichen Beschreibung zugänglich gemacht werden.

Der im subjektivierenden Handeln angelegte Handlungsstil hat sich als adäquater Umgang mit den Unwägbarkeiten der Praxis erwiesen. Genauer charakterisiert werden kann die Eigenschaft des „Unplanbaren“, das es in der Praxis zu bewältigen gilt (vgl. Böhle 2004), durch die Einführung des Begriffs „kritische Situation“, wie sie im Rahmen des Arbeitshandelns (oft noch forciert durch den Einsatz von Technik) häufig eintritt. Anzumerken ist, dass diese kritischen Situationen in der gesellschaftlichen Betrachtung zumeist auf einen noch nicht ausgereiften Stand des Wissens, der Planung oder der Technik zurückgeführt und in diesem Sinne zumindest potentiell als in der Zukunft beherrschbar angesehen werden. Es hat sich jedoch vor allem in jüngster Zeit zunehmend die Erkenntnis durchgesetzt, dass das vorherrschende Leitbild planmäßig-rationalen Handelns in der Konfrontation mit „kritischen“ und „schlecht definierten“ Situationen an seine Grenzen stößt. Die häufig von Managementseite als Patentlösung betrachtete Standardisierung von Handlungsabläufen schlägt daher vor dem Hintergrund der Unvorhersehbarkeit der betrieblichen Realität und von variierenden Umweltbedingungen z. B. in Situationen suboptimalen Informationsstands oder Zeitdrucks oftmals fehl (vgl. Böhle 2009b, S. 209). So müssen unvorhergesehene Situationen oftmals durch das praktische Handeln kompensiert werden, während die Problemverursachung durch die praxisferne

Planung und Steuerung oftmals ironischerweise dem menschlichen Versagen zugerechnet wird (vgl. Böhle 2004, S. 35)²³⁸.

Für die Weiterentwicklung einer Handlungstheorie sind diese „kritischen Situationen“ daher von besonderem Interesse, als dass sie dazu geeignet sind, das Substrat von Könnerschaft oder Expertentum herauszudestillieren. So zeigt sich, dass mit dem Prinzip planmäßig-rationalen Handelns, das Handeln als geordnete Abfolge von geplanten und kontrollierten Handlungsschritten zur Komplexitätsreduktion vorstellt, spätestens in kritischen Situationen gebrochen wird (vgl. ebd., S. 20, S. 37). Dies betrifft nicht nur die „spektakuläreren“ Tätigkeiten wie den Katastrophenschutz oder die Notfallmedizin, in denen die „konsequente Beschäftigung mit dem Unerwarteten“ merkmalsgebend ist und die daher für eine idealtypische Betrachtung des per se Außerplanmäßigen geeignet erscheinen, sondern, und das mag vielleicht überraschen, auch für ganz alltägliche Arbeitszusammenhänge (vgl. Böhle 2009b, S. 209).

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis erfährt die Ebene des praktischen Handlungsvollzugs im Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns besondere Aufmerksamkeit. Diese beinhaltet zunächst mehr als eine sequentielle Anordnung von Handlungsschritten (paradigmatisch für diese Vorstellung ist Hackers Handlungsregulationstheorie, siehe dazu B 1.). Auch die darüber hinausgehende Vorstellung eines „inkrementellen“ Handelns, das die Reaktion des Gegenübers in die schrittweise Planung des nächsten Handlungsschrittes einbezieht, erscheint hier nicht weitreichend genug (vgl. ebd., S. 210). Ebenso stoßen Ansätze, die praktisches Handeln als bloße Habitualisierung oder „Routine“ konzipieren, an dieser Stelle auf ihre Grenzen. (vgl. ebd., S. 206). Statt dessen wird der Blick auf so genannte „inkorporierte Praktiken“ gerichtet, die oftmals als bloß routinisierte und automatisierte Abläufe unterschätzt werden, jedoch da wirksam werden, wo Verstandesmäßig-Reflexives auf Grenzen stößt (vgl. ebd., S. 207) und sich daher als angemessenes Handeln in kritischen Situationen qualifizieren (vgl. ebd., S. 215). Mit dem Zugang des Konzepts des subjektivierenden Handelns kann Arbeitshandeln in Abhängigkeit von der Anforderung und der Strukturiertheit der konkreten Problemsituation als ein „sowohl-als auch“ im Sinne eines Zusammenspiels von objektivierenden und subjektivierenden Handlungsweisen bestimmt werden, die sich wechselseitig ergänzen und bereichern (vgl. ebd., S. 222). Keineswegs darf es als einseitiges Plädoyer für eine Ersetzung von - in bestimmten Situationen ausreichenden oder sogar überlegenen - objektivierenden Zugängen missverstanden werden, sondern muss als zusätzliche Verfügung des

²³⁸ Böhle 2004 zitiert in diesem Zusammenhang das Motto der Planungsanhänger: „Die Theorie ist stark, aber die Praxis schwach“ (ebd.).

Menschen über ein von diesen abweichendes Handeln begriffen werden, das eigene Erkenntnis- und Handlungschancen enthält. Eröffnet werden kann so eine Perspektive auf das menschliche Arbeitshandeln als ein über zweckrationale Handlungszugänge hinausgehendes Handeln, dessen Wesen in der Beschaffenheit der spezifischen Arbeitssituation begründet liegt.

Zur Diskussion gestellt wird hiermit die allgemeingültige Auffassung von Arbeit als objektivierendem Handeln, wie sie in der Arbeitssoziologie überwiegend vertreten wird und die bis in die Gegenwart als Leitbild des Arbeitshandelns prägend ist. Des Weiteren beschränkt sich das Konzept des subjektivierenden Handelns nicht auf eine Modellierung von Handlungsprozessen, sondern kann im Anschluss an die eigenen Forschungsergebnisse konkrete Perspektiven für eine humanorientierte Arbeit und die berufliche Bildung entwickeln.

4.1 Darstellung des Konzepts: „Objektivierendes“ und „Subjektivierendes“ Handeln

Im Folgenden wird das theoretische Konzept, bzw. die im Zentrum des Interesses stehende Differenzierung zwischen objektivierendem und subjektivierendem Handeln, dazustellen sein. Entscheidend für das Verständnis des Ansatzes ist die in ihm angelegte Differenzierung „objektivierender“ und „subjektivierender“ Handlungsweisen als verschiedenartige, jedoch komplementäre Handlungsweisen, die sich in der Praxis als jeweils situationsadäquate Methoden und Strategien zu einem komplexen Modell menschlichen Arbeitshandelns ergänzen (vgl. Bauer et. al. 2006, S. 40).

4.1.1 „Objektivierendes“ Handeln

Der Begriff „objektivierend“ bezeichnet ein an allgemeingültigen, von Personen und Situationen unabhängigen Regeln und Wissensinhalten orientiertes Handeln (vgl. Böhle/ Rose 1992, S. 61). In einer konstruktivistischen Perspektive ist Objektivierung als Beschränkung des Zugangs zum Erkenntnisobjekt auf dessen objektiv feststellbaren Merkmale nur eine mögliche Methode der Herstellung von Wirklichkeit. Objektivierung bezieht sich auf Aspekte des Erkenntnisgegenstands, die ihrem Wesen nach quantifizierbar sind (Größe, Breite, Gewicht) (vgl. Böhle et. al. 2004, S. 106), während andere Eigenschaften des Arbeitsgegenstandes ausgeblendet werden. Beruhend auf der in Kapitel B 1. dargelegten, durch die neuzeitlichen Na-

turwissenschaften induzierten Durchdringung praktischer Handlungsfelder mit objektivierenden Methoden der Erkenntnisgewinnung, wurzelt das gängige Leitbild von Arbeit auf einer Reihe von Prämissen, die in modernen Gesellschaften als weitgehend naturgegeben gelten (vgl. Bauer et. al. 2006, S. 33). Über die betriebliche Planung hinaus hat sich diese dem Prinzip objektivierenden Handelns zuzuordnende Vorstellung von Handeln auch in der sozialwissenschaftlichen Forschung verfestigt. Zum grundlegenden Prinzip praktischen Handelns wurde infolgedessen Planmäßigkeit erhoben, die praktische Tätigkeit hingegen zum bloßen Handlungsvollzug im Sinne der Ausführung bzw. Überprüfung vorab geplanter Handlungsschritte degradiert. Das Ideal einer verstandesmäßigen Regulierung von Handlungsvollzügen beinhaltet in Abgrenzung zu affektuellem und emotionalem Handeln die Ausgrenzung von Gefühlen, der Sinne und des Körpers. Befördert wird durch ein Verständnis von Arbeit als ausschließlich planmäßig-rationalem Handeln eine „Spaltung“ der Arbeitskraft in objektivierbare und „nur“ subjektiv bedeutsame Anteile ihres Handelns (hierzu ausführlicher: Böhle 2003b).

Im Rahmen der Reduktion des Arbeitsbegriffs auf objektivierende Handlungsweisen werden nicht (oder nur unvollständig) objektivierbare Formen und Aspekte des Arbeitshandelns wie auch „mentale Prozesse, die sich nicht nach den Regeln der Logik vollziehen“ (Böhle et. al. 2004, S. 106), nicht nur ausgegrenzt, sondern in der Regel als unsachgemäßes, unproduktives, schlichtweg der menschlichen Unzulänglichkeit zuzurechnendes Fehlverhalten betrachtet. Durch ein solches Verständnis von Arbeitshandeln geraten z. B. der menschlichen Wahrnehmung zugängliche Informationen in den Verdacht der „bloßen subjektiven Einschätzungen, Vermutungen“, „Projektion“ und „Interpretation“ (ebd.).

4.1.2 „Subjektivierendes“ Handeln

Durch die empirische Untersuchung praktischen Handelns innerhalb verschiedener Arbeitsfelder kann das Konzept des subjektivierenden Handelns dieser Perspektive eine neuartige Sichtweise auf die menschliche Befähigung zur Erkenntnis entgegenhalten, die als Korrektur der Konzeption des arbeitenden Menschen als ausschließlich rational Denkendem und planmäßig Handelnden einzustufen ist. Als Gegenentwurf zu dieser nach den Vorstellungen objektiver Erkenntnisgewinnung geformten Handlungskonzeption richtet sich das Konzept des subjektivierenden Handelns auf Wissensformen, die sich einer Objektivierung widersetzen „sowie deren Einbindung in eine Strukturierung praktischen Handelns“ (Böhle et. al. 2004, S. 104). Das Konzept verbindet hiermit die Ebenen des Wissens und des Handelns. Durch den analytischen Einbezug personengebundenen und im praktischen Handeln sichtbar werdenden Wissens kann die Eingrenzung des Forschungsgegenstands auf explizierbares Wissen im

Rahmen einer handlungstheoretischen Perspektive überwunden werden. Auch kann zugleich das häufig in soziologischen Handlungstheorien im Vordergrund stehende Moment des „Entscheidens“ um eine Akzentuierung des praktischen Handlungsvollzugs als Methode des Problemlösens insbesondere in „kritischen Situationen“ erweitert werden (siehe hierzu ausführlicher: Böhle 2004, S. 35f., Böhle 2009b, S. 204f.).

Die Bezeichnung „subjektivierend“ umschreibt eine vom objektivierenden Handeln differente, dennoch wissenschaftlich beschreibbare Form des Umgangs mit der Umwelt, im Rahmen derer nicht nur subjektive Faktoren des Handelnden, sondern auch der Arbeitsgegenstände Berücksichtigung finden. Fokussiert werden vor allem Formen des Wissen und Handelns, für die die körperlich-sinnliche Wahrnehmung und das Moment des „Erfahrung-Machens“ (Böhle et. al. 2004, S. 109) elementar sind. Die Begrifflichkeit „subjektivierend“ bezieht sich auf die im Konzept zentrale Integration subjektiver Faktoren des Handlungssubjekts wie Gefühl und Empfinden (vgl. Böhle 2004, S. 37) als auch des Bearbeitungsgegenstands. Aus der Perspektive objektivierenden Handelns schwer (und teilweise nicht-) fassbare „Unwägbarkeiten“ (Böhle et. al. 2006, S. 40) der situativen Handlungssituation wie auch qualitative Eigenschaften des Arbeitsgegenstands werden hierbei nicht als Störfaktoren effizienten Handelns begriffen, sondern im Rahmen eines subjektivierenden Handlungsstils integriert bzw. zum Orientierungspunkt subjektivierenden Handelns (vgl. ebd.). Hierbei konnte empirisch gezeigt werden, dass Felder praktischen Handelns zumeist so strukturiert sind, dass in Bezug auf die Wahl der Erkenntnismittel ein „sowohl-als auch“ anstelle eines „entweder–oder“ erfolgsversprechend ist (vgl. Böhle 1999a, S. 107), somit in vielen Fällen eine Konzeption von Arbeitshandeln als Zusammenspiel objektivierender und subjektivierender Handlungsweisen angezeigt ist, in dem beide Wissensformen in keinem grundsätzlichen Widerspruch zueinander stehen, die „Wahl der Mittel“ sich vielmehr aus der Strukturiertheit der konkreten Situation ableitet.

Durch die nachfolgend erläuterte Dimensionalisierung in die vier analytischen Kategorien erfahrungsgelitet-subjektivierenden Handelns werden sowohl eine analytische Trennung als auch eine Näherbestimmung der im praktischen Handeln verwobenen Handlungsaspekte möglich.

Vorgehensweise

Ein zentrales Merkmal subjektivierenden Handelns ist die Verschränkung von Planung und Ausführung im Stil einer „schrittweise-explorativen“ Vorgehensweise. Hiermit ist eine Abwendung vom Gedanken einer getrennten sequentiellen Organisation „planender“ geistiger und „ausführender“ Aspekte des Handelns im Sinne einer strikten Trennung von Planung und

Ausführung bzw. von der common sense-Vorstellung eines „erst planen-dann handeln“ (Böhle 2004, S. 45) angezeigt. Vielmehr muss dem praktischen Handeln selbst eine erkenntnisgenerierende Qualität zugestanden werden, im Zuge dessen sich die Entscheidung über die Wahl der Mittel und die Definition der Handlungsziele sich allenfalls aus dem praktischen Handlungsvollzug ergibt. Der Handlungsvollzug als Mittel der Problemerkundung- und Bewältigung zeichnet sich durch eine „Verzahnung von Aktion und Reaktion“ als Kennzeichen eines dialogisch-interaktiven Prozesses aus. Reaktionen des Gegenübers sowie die Auswirkungen des eigenen Handelns finden so im weiteren Handlungsverlauf Berücksichtigung. Auf diese Weise kann der „Unschärfe des Handlungssettings“ bzw. dem „Eigenleben“ des Erkenntnisobjekts Rechnung getragen werden (vgl. ebd.).

Sinnliche Wahrnehmung

Diametral zur Position der Geringschätzung sinnlicher Wahrnehmung wie sie im Modell rationalen Handelns enthalten ist, erhält die sinnliche Wahrnehmung im Rahmen des subjektivierenden Handlungskonzepts einen prominenten Stellenwert. Eine „aktive Sinnestätigkeit“ (Bauer et. al. 2000, S. 27) wird so als Medium der Wissensgenese greifbar, welche das subjektivierende Handeln als primär (sinnlich-) „erfahrungsgeleitetes“ Handeln prägt. Die Sinne werden nicht länger der verstandesmäßigen Regulierung unterstellt, sondern moderieren den Wahrnehmungsvorgang durch eine als „Intelligenz der Sinne“ (Bauer et. al. 2006, S. 37) bezeichnete Strukturierungsleistung diffuser qualitativer Informationen. Auch nicht exakt messbare und nicht eindeutig definierbare Informationen werden durch diesen speziellen Wahrnehmungsmodus integriert. Auf diese Weise kann Nicht-Objektivierbares, wie eine spezielle „Stimmung“, „Geräusche, Vibrationen und Farbveränderungen“ im Zuge von als „komplexe sinnliche Wahrnehmung“ als „spürende“ oder „partizipierende“ Wahrnehmung näher bestimmbarer Dispositionen des erkennenden Subjekts aufgefangen werden (vgl. Böhle 2004, S. 45). Ein aktives und lebendiges „Erfahrungen machen“ wird so möglich, welches auf Engste mit einem auf „Nähe, Verbundenheit und Teilhabe“ (ebd., S. 46) basierenden Umweltbezug sowie bestimmten geistigen Vorgängen verknüpft ist.

Wissen und Denken

Das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns richtet sich nicht isoliert auf mentale Prozesse, sondern begreift diese in ihrem Zusammenhang mit praktischem Handeln (vgl. Bauer et. al. 2006, S. 37). Als elementar für das Verständnis subjektivierenden Handelns ist eine Form des Denkens, welches Empfindungen und Gefühl mit mentalen Prozessen ver-

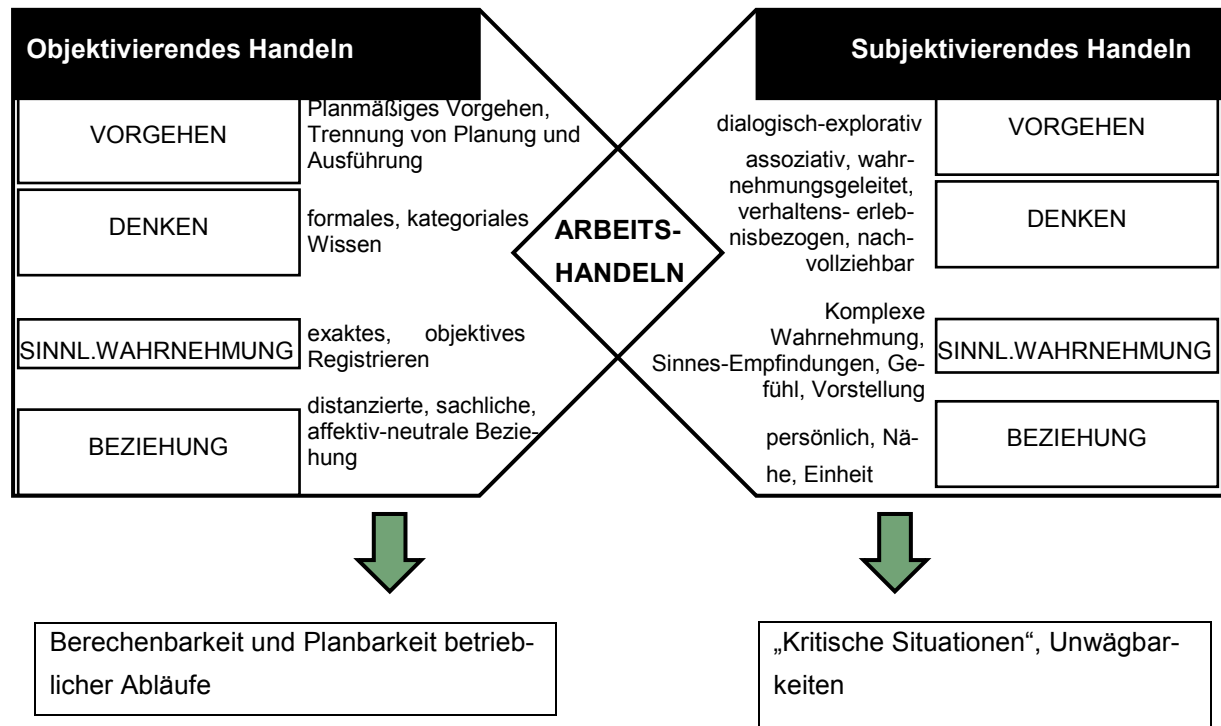
knüpft. Wie die Arbeitsforschung zeigt, handeln Experten in bestimmten Situationen intuitiv statt planmäßig-rational, denken holistisch-bildhaft anstatt analytisch-sequentiell, lösen Probleme durch den Vergleich ähnlicher Situationen und nicht durch die Anwendung formaler Regeln (vgl. Böhle 2002, S. 117). Begriffe und formallogische Denkweisen werden so durch Bilder und assoziative Verknüpfungen ergänzt, die auf subjektiven Erfahrungen basieren, ohne dass sie als „rein subjektiv“ abzuqualifizieren wären (vgl. Böhle 2004, S. 46).

Beziehungsebene

Grundlage der dargelegten Handlungsebenen ist eine durch „Nähe, Verbundenheit und Teilhabe“ (s. o.) gekennzeichnete Umweltbeziehung, bzw. eine Aufhebung der im Begriff planmäßig-rationalen Handelns angelegten Subjekt-Objekt-Trennung. Personen und materielle Gegebenheiten werden als „Subjekte“ begriffen und behandelt (vgl. Böhle 2009b, S. 218).

Als gültig werden anstelle übergeordneter, allgemeingültiger Regeln und Gesetzmäßigkeiten die jeweiligen Eigenschaften und Wirkungsweisen des Arbeitsgegenstands anerkannt (vgl. Bauer et. al. 2006, S. 40). Die im Rahmen der Entdeckung von so genannten „soft skills“ von Arbeitnehmern in den Fokus des arbeitswissenschaftlichen Interesses geratenen Fähigkeiten z. B. der „Empathie“ können im Sinne eines „subjektiven, gefühlsmäßigen und körperlichen Nachvollzug(s) äußerer Gegebenheiten“ (Böhle 2009b, S. 218), hierin explizit auch technischer Artefakte, theoretisch verortet werden.

4.1.3 Graphische Übersicht: Objektivierendes und subjektivierendes Arbeitshandeln



4.2 Empirische Befunde und Entwicklung des Konzepts

Im Folgenden soll die praktische Relevanz des theoretischen Konzepts durch Beispiele aus der empirischen Forschungspraxis veranschaulicht werden. Im Rahmen eines subjektbezogenen und handlungstheoretischen Ansatzes können die Besonderheiten individuellen Handelns in seiner Abhängigkeit von den jeweiligen Arbeitssituationen (vgl. Bauer et. al. 2006, S. 40) herauskristallisiert werden.

Vornehmlicher Analysegegenstand empirischer Untersuchungen war zunächst die Umstrukturierung industrieller Handlungsfelder nach Prinzipien objektivierenden Handelns, wie sie die Anwendung wissenschaftlich begründeten Wissens bedeutet (vgl. Böhle et. al. 2004, S. 104). Das Forschungsinteresse richtete sich ab Mitte der 1980er Jahre auf bis dato vernachlässigte Elemente von Arbeitspraktiken im konventionellen und schließlich CNC-gesteuerten Maschinenbau, die nun als Wissensformen systematisch untersucht wurden (vgl. Böhle/ Milkau 1988). Mit dem Einsatz computerbasierter Systeme erreichte der Prozess der industriellen Produktion ein neues Niveau der Verwissenschaftlichung, wodurch insbesondere der Bereich der hoch technisierten Arbeit nach den Funktionslogiken der Technikgestaltung als rein ob-

jektivierendes Handeln geformt wurde (vgl. Böhle et. al 2002, S. 24). Empirische Befunde weisen jedoch darauf hin, dass sich qualifizierte Arbeit keineswegs in rein objektivierenden Zugängen erschöpft. Grenzen der Verwissenschaftlichung praktischen Handelns konnten in der Folge auf unterschiedlichen Niveaus der Technisierung und Informatisierung aufgezeigt werden (Böhle/ Rose 1992). Die auf diesem Weg eröffnete Perspektive auf Arbeit als Verbindung verschiedener Formen von Wissen mit praktischer Erfahrung konnte später auch für andere Sektoren, wie z. B. die personenbezogene Dienstleistung, fruchtbar gemacht werden.

4.2.1 Frühe Forschung- Die Arbeit mit der Maschine

Als Hauptergebnis der empirischen Untersuchung der Facharbeitertätigkeit in der Metallindustrie konnten wesentliche Elemente der Qualifikation der Fachkräfte, namentlich Materialgefühl, Erfahrung und besondere Wahrnehmungsweisen (wie die Orientierung am Geräusch der Maschine) durch das Konzept des subjektivierenden Handelns adäquat bestimmt werden. So fügt sich die Beziehung bzw. der Umgang des Arbeiters mit „seiner“ Maschine nicht bruchlos in das Bild eines planmäßig-objektivierenden Handelns. Auch konnte gezeigt werden, dass die gängige Zuschreibung bestimmter Fertigkeiten als „sensumotorische Fähigkeiten“ der Komplexität des untersuchten Handelns nicht gerecht wird (vgl. Böhle/ Milkau 1988, S. 48).

Hiermit sind jedoch keineswegs isolierte Phänomene bezeichnet, die neu etikettiert werden. Vielmehr konnten im Rahmen der Entwicklung des Konzepts des subjektivierenden Handelns sukzessive verschiedene Aspekte eines spezifischen Handlungstyps differenziert und theoretisch-konzeptuell verortet werden. Persönliche Verbundenheit als Einheit von Mann und Arbeitsgegenstand sowie das „Kennen“ der Maschine und ihrer Eigenheiten werden als - zuvor wissenschaftlich nicht benannte - wichtige und notwendige Bestandteile qualifizierten Arbeitshandeln greifbar. Als fast noch brisanteres Kriterium, gemessen an den Maßgaben objektivierenden Handelns, wird „Gefühl“ im Sinne einer besonderer Vertrautheit zum Arbeitsgegenstand, die die Qualität des Arbeitsergebnisses- nicht, wie unterstellt, ab-, sondern aufwertet, evident (vgl. Böhle/ Milkau 1988, S. 49-52). In Frage gestellt wird hiermit das Verständnis von Wissen, Denken und Handeln als nicht ausschließlich auf formalisiertem Wissen beruhenden, rein rational-logischen Vorgängen. In den analytischen Blick gerät schließlich die sich in der Praxis entfaltende Komplexität des Phänomens ‚Erfahrung‘. Trotz grundsätzlicher Gleichartigkeit der Arbeitsgegenstände- und Techniken wurde in der Arbeitspraxis ein direkter, „dialogartiger“ (Böhle/ Milkau 1988, S. 53) Einfluss der Arbeitskräfte auf Produktionsab-

läufe- und Ergebnisse erkennbar, der als „Handlungsspielraum“ im Rahmen eines rein planmäßig-objektivierenden Vorgehens (in dieser Masse) nicht existieren dürfte. Die Maschine wird nicht, wie zu erwarten wäre, als selbsttätig, sondern als Werkzeug in der Hand des Arbeiters erkennbar, welcher sich auf Basis dieser Befunde nicht zum bloßen „Knöpfchendrucker“ (Böhle et. al. 2004, S. 112) reduzieren lässt. Stattdessen verweist ein als „sich auf die Maschine einlassen“ beschreibbarer sinnlich-körperlicher Nachvollzug auf ein für den Arbeitserfolg maßgebliches gemeinsames Handeln von Mensch und Maschine. Nicht nur muss man „mit allen fünf Sinnen bei der Sache sein“, als wesentlich zeigt sich die Integration von Sinneseindrücken, die unmittelbar und gleichzeitig über Bewegungen des gesamten Körpers erfahren werden und die nur unter Einbezug der gesamten Person gelingt. Hierzu wesentliche Informationen sind in ihrer Uneindeutigkeit ausdrücklich nicht im Rahmen eines im objektivierenden Modus erfolgenden Sinneseinsatzes zugänglich, wie z. B. die Interpretation charakteristischer Störgeräusche aufzeigte. Diese gleicht weniger einem Erkennen als einem „Erspüren“, welches als zusätzliches Erkenntnismedium neben registrierenden, messenden und somit objektivierenden Zugängen als wichtige Informationsquelle deutlich wurde. Der „Blick des Fachmanns“ wurde so über ein in der visuellen Wahrnehmung prinzipiell auch angelegtes distanzierteres Registrieren hinausgehendes bildlich-assoziatives und intuitives Denken evident (vgl. Böhle/ Milkau 1988, S. 54-55). Als Voraussetzung für das schnelle Erkennen und Beurteilen von Situationen, z. B. als ahnende Antizipation möglicher Störungen erwies sich eine Verbindung von Gefühl und Vertrautheit mit der Arbeitsmaterie, die sich aus der Erfahrung des Facharbeiters speist. Als prominenter Befund kann so der Erwerb eines Gefühls als praktischer Lernprozess, der zu einer eigenständigen Wissensform führt, festgehalten werden (vgl. Böhle et. al. 2004, S. 109).

4.2.2 Verdrängung und Wiederentdeckung subjektivierenden Handelns

Die seit Ende der 1970er Jahre einsetzende Technisierung und Informatisierung von Arbeitsprozessen in der industriellen Fertigung erzeugte neue Probleme und Konfliktfelder für das praktische Handeln. Die Arbeit an und mit der Maschine wurde im Zuge dessen zugunsten einer Aufwertung der als „geistige“ (im Sinne planend-dispositiver) Arbeit angesehenen Programmierfähigkeit zusätzlich abgewertet (vgl. Böhle 2002, S. 44-45). In Anlehnung an die in der Industriesoziologie unter dem Stichwort Technikdeterminismus verhandelte Frage von Technik als Sachzwang richtete sich das Forschungsinteresse auf die zunehmende technische Durchdringung (ehemals) erfahrungsbasierter Arbeitsbereiche. Gegenüber der Tätigkeit an

konventionellen Werkzeugmaschinen konnte im Rahmen der Einführung von CNC („Computerized Numerical Control“)-Techniken in den 1980er Jahren zunächst ein Rückgang der „Dispositionsspielräume“ durch die Anpassung an vorgegebene Handlungsprogramme festgestellt werden (vgl. Böhle/ Milkau 1988, S. 90). So bedeutete die Neustrukturierung qualifizierter Produktionsarbeit durch die Implementierung von Technik offenbar ein Schwinden von Freiheitsgraden für erfahrungsgelitet-subjektivierendes Handeln bzw. eine Formung des Arbeitshandelns in Richtung eines objektivierenden Handelns. Der Gebrauch der Sinne wurde insofern eingeschränkt, als dass ein „Rumspielen und Ausprobieren mit der Maschine“ dadurch erschwert wurde, dass die unmittelbare Kontaktaufnahme mit dem Produktionsprozess durch Technik verstellt wurde. Manifestiert in der räumlich-physischen Wandlung der unmittelbaren Arbeitsumgebung vom Werkraum zur bildschirmbestückten „Leitwarte“²³⁹ reduzierten sich die Möglichkeiten der im praktischen Handeln erwerbbarer Fertigkeit im Umgang mit Maschinen, die als Kern eines prä-computerisierten Erfahrungswissens erkennbar geworden waren, welches nun durch ein „Planungswissen“ zumindest teilweise substituiert wurde (vgl. ebd., S. 91-92). Der Einfluss des Arbeitenden auf den Vorgang und das Ergebnis des Arbeitsprozesses verringerte sich somit deutlich, was sich in einem Verlust des vormals direkten Bezugs des Arbeiters auf „sein“ Arbeitsgerät“ niederschlägt, der einer distanzierten Beziehung weicht, die keine „intime Kenntnis der Maschine“ erfordere (vgl. ebd., S. 104-118)²⁴⁰.

In erster Linie zielte die verstärkte Automatisierung der Produktion auf einen Rationalisierungsvorteil, der auf der Verdrängung menschlicher Anteile aus dem Produktionsprozess basiert (vgl. ebd., S. 82), darüber hinaus versprachen die verbesserte Kontrolle des Produktionsprozesses und die dadurch mögliche Zurechnung individueller Arbeitsleistung weitere Sekundärgewinne. Nicht einkalkuliert in die Zielsetzung einer möglichst flächendeckenden computergesteuerten Produktion bis hin zur Vision der „mannlosen Fabrik“ wurden jedoch (unplanbare, unvorhersehbare und damit unsteuerbare) Unwägbarkeiten der Praxis, die bei einer zunehmenden Komplexität betrieblicher Abläufe eher zu- als abnehmen. Angesichts auftretender Probleme entstanden schließlich erste Zweifel am Paradigma der uneingeschränkten Berechenbarkeit und Beherrschung praktischer Abläufe durch Technik (wenn nö-

²³⁹ Ein ausführlicher Überblick über technische Innovationen und deren Bedeutung für die Gestaltung der Arbeitspraxis findet sich bei Böhle/ Rose 1992

²⁴⁰ Als gänzlich verschwunden können jedoch auch hier subjektivierende Arbeitsanteile nicht betrachtet werden. Auch in stark technisierten und standardisierten Arbeitszusammenhängen werden „Nischen“ von den Arbeitskräften dazu genutzt, durch die Umstrukturierung von Produktionsprozessen die Gelegenheit zu erfahrungsgelitet-subjektivierendem Arbeitshandeln aufrecht zu erhalten bzw. wiederherzustellen (vgl. Böhle/ Milkau 1988, S. 120-142).

tig durch noch mehr Technik). Insbesondere die Betrachtung „kritischer Situationen“ brachte situative, nicht-planmäßige Vorgehensweisen (als Regel, nicht als Ausnahme) zum Vorschein, durch die die nicht-konstanten Rahmenbedingungen der betrieblichen Praxis offenbar besser als durch geplante Handlungsstrategien zu bewältigen sind. In den Fokus der betrieblichen Führung rückte somit zu Beginn der 1990er Jahre das Erfahrungswissen, das „Gold in den Köpfen der Mitarbeiter“ (Böhle et al. 2004, S. 119), das „Produktionswissen“ (Bauer et al. 2006, S. 30), welches es zu objektivieren und somit einer Steuerung zugänglich zu machen galt. Die Transformation von Erfahrungswissen in explizites Wissen bildete die Basis für die in der Folge initiierte Entwicklung von neuartigen, näher am Erfahrungswissen orientierten, bzw. dieses in seiner Logik zu integrieren versuchenden technischen Produktionskonzepten wie dem der „handlungsorientierten Gestaltung“ in der Serienfertigung, das auf abstrakte Informationslogistiken zugunsten einer nah am praktischen Erleben des Produktionsprozesses gestalteten IT-Struktur verzichtete. Erfahrung als „Gestaltungskomponente“ erhielt auf diese Weise Eingang in die Technikentwicklung (vgl. Böhle 2002, S. 47-49), soweit es sich um in formale Konzepte übertragbare Bestandteile eines erfahrungsbasierten Wissensvorrats handelte, die erfolgreich in ein tendenziell objektivierendes Handeln eingespeist werden können²⁴¹. Auch dieser Versuch der Objektivierung impliziten Wissens stößt jedoch auf die bekannten Probleme und Grenzen: Wesentliche, als unverzichtbar geschilderte Elemente dieses Wissens, wie z. B. „Fingerspitzengefühl“, sträuben sich in ihrem Wesen als „tacit knowledge“ gegen ihre Explizitmachung und somit gegen einen formalisierenden Zugriff (vgl. ebd., S. 52-54)²⁴².

Festzuhalten ist, dass die Elimination subjektiver Anteile des Arbeitshandelns entgegen der ursprünglichen Intention der betrieblichen Leitung nicht gelungen ist. Im Gegenteil zeigte sich erneut ein besonderer Umgang auch mit den neuen Technologien, der in der Betrachtung dieser Wissens- und Handlungsformen im Zusammenhang mit technischen Artefakten jedoch nach wie vor unzureichend reflektiert wird. Die Annahme eines „Technikdeterminismus“ im Sinne eines Sachzwangs bei fortschreitender Technisierung ist somit vor dem Hintergrund der referierten Befunde zurückzuweisen, wenn auch die Übertragung (natur-wissenschaftlicher) Methoden und Erkenntnisse eine Formung des praktischen Handelns in diesem Sinne begüns-

²⁴¹ Eine umgekehrte Anpassung technischer Strukturen an das menschliche Arbeitsvermögen existiert bislang in unzureichendem Maße, zumal bis auf wenige Ausnahmen (siehe hierzu Böhle et al. 2004, S. 112-115) weiterhin das Ziel einer Objektivierung von Erfahrungswissen im Auge behalten wird. Trotz wachsender Akzeptanz der Grenzen der Informatisierung bleibt Technik vorerst als handlungsnormierendes- und standardisierendes Medium erhalten, das augenscheinlich als Definitionsmacht in den praktischen Handlungsbereich hineinwirkt (vgl. Böhle 2002, S. 41-43).

²⁴² Eine diesen Zusammenhang verdeutlichende Aussage ist z. B. „Mit Schema F komm ich da nicht weiter“ (Bauer et al. 2006, S. 68- 70).

tigt, es jedoch nicht zwingend und ausschließlich nach deren Prinzipien festlegt. Es konnten stellenweise Veränderung des Zuschnitts bestimmter Tätigkeiten als Modifikation in Richtung eines objektivierenden Handelns identifiziert werden, wodurch klassische körperlich-manuelle Tätigkeiten in den Bereich der „geistigen Arbeit“ verschoben wurden, denen jedoch die hierfür konstitutiven Merkmale des Planens und Konstruierens fehlen (vgl. Böhle/ Rose 1992, S. 63). Dennoch zeigen sich auch in den Tätigkeitsfeldern vorgeblich rein planmäßig-objektivierenden Handelns „blinde Flecken“, die erst durch den Einbezug des theoretischen Instrumentariums des subjektivierenden Handelns zu kartieren sind. Nicht als bloße „Anpassungsschwierigkeit“ an das technische System oder individuelles Fehlverhalten fehlinterpretiert, zeigt sich eine eigenständige und systematische Struktur dieser Handlungsweisen, die sich in der Praxis als „Verschränkung objektivierenden und subjektivierenden Handelns“ und somit als besondere Anpassungsleistung an konkrete Gegebenheiten darstellt (vgl. ebd., S. 87-90).

4.3 Ausweitung des Forschungsfelds

4.3.1 Personenbezogene Dienstleistungen

Ausgehend von Pionierarbeiten zum subjektivierenden Handeln in der industriellen Fertigung dehnte sich der Forschungsbereich in den 1990er Jahren auf das quantitativ und funktional bedeutsamer werdende Feld der (personenbezogenen) Dienstleistungen aus. Der Vergleich verschiedenartig strukturierter Arbeitsfelder, wie der des Produktmanagers, der Krankenpflege und des Friseurs können jenseits aller Differenzen der Arbeitssituation weiteren Aufschluss über grundlegende Strukturmerkmale der genuin menschlichen Komponente von Arbeit geben.

So nimmt der Produktmanager eine „Brückenfunktion“ (Weishaupt et. al. 2006, S. 177) im „Spannungsfeld verschiedener Anforderungen“ (ebd., S. 178) zwischen Softwarefirma und Kunden ein, die als Übersetzungsleistung im Rahmen eines unklaren Handlungssettings nur durch eine erfahrungsgeleitet-subjektivierende Handlungsstrategie zu leisten ist. Auch das Arbeitshandeln des Friseurs (Dunkel 2006) bietet interessante Anknüpfungspunkte, als dass es im Rahmen der Interaktionshandlung sowohl den sprachlichen als auch körperlichen Kontakt zum Kunden beinhaltet. Auch hier wird eine zunächst unklare Zieldefinition in Abstimmung der sachlichen Dimension (Eruieren der Haarqualität) und der sozialen Dimension

(„Erspüren“ des Kundinnenwunsches) durch die Entwicklung einer gemeinsamen Vorstellungswelt in Einklang gebracht.

Im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen soll an dieser Stelle der Bereich der Pflege, der als körpernahe und auf den gesundheitlichen Zustand einwirkende Dienstleistungstätigkeit am Menschen die wohl größte inhaltliche Nähe zum Arztberuf aufweist und sich daher zu einer Erhellung des spezifische Anforderungsprofils der personenbezogenen Gesundheitsberufe eignet. Untersuchungen des Arbeitshandelns erfahrener Pfleger und Schwestern enthüllen Merkmale ihres Arbeitshandelns, die mit dem klassischen, rationalen Arbeitsbegriff nicht beschreibbar sind²⁴³. Als zentraler Befund ist festzuhalten, dass effektives und zeitsparendes Handeln in der Pflege offenbar nicht dem Muster planmäßig-objektivierenden Arbeitshandelns folgt (vgl. Böhle/ Brater/ Maurus 1997). Vor allem vor dem Hintergrund von Rationalisierungsbestrebungen im Gesundheitswesen, die eine wirtschaftlichere Gestaltung von Versorgungsprozessen zum Ziel haben, verdient diese Erkenntnis besondere Aufmerksamkeit. So erwies sich eine Standardisierung von Arbeitsabläufen nach detaillierten Plänen im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen, deren Kern die Interaktion mit dem Dienstleistungsnehmer darstellt, als in besonders hohem Maße qualitätsbeeinträchtigend (vgl. Böhle/ Glaser/ Büssing 2006, S. 25f.). Während in vielen Bereichen der industriellen Produktion – trotz der zuvor geschilderten Komplikationen - Rationalisierungseffekte festgestellt werden können, bleiben diese in der Pflege nicht nur aus, mehr noch wirkt sich hier offenbar eine Systematisierung von Arbeitsvorgängen sogar stellenweise kontraproduktiv aus. Die arbeitswissenschaftliche Untersuchung dieses Phänomens stellt Charakteristika des speziellen Arbeitszusammenhangs heraus, die im Wesentlichen in der geringen Planbarkeit der Arbeitsaufgabe liegen und die daher ein planmäßig-objektivierendes Vorgehen nicht erlauben: So gehören „Unbestimmbarkeiten und Unwägbarkeiten“ „zu den grundlegenden Merkmalen der Pflegearbeit“ (Weishaupt 2006, S. 85). Als deren besondere Leistung ist es zu betrachten, „Unerwartetes“ durch ein als situativ zu beschreibendes Vorgehen nach dem Prinzip der „offenen Planung“, das lediglich „Fixpunkte“ zulässt, in einem zeitlich und institutionell vorgegebenen Rahmen zu bewältigen. Interaktion und Dialog erweisen sich anstelle von Handlungsleitlinien als Schlüssel zu erfolgreichem Pflegehandeln, das vor allem ein „Erspüren“ der Bedürfnisse auf dem Wege komplexer sinnlicher Wahrnehmung erfordert. Fachwissen bildet hierbei nur

²⁴³ Fokussiert wurden die analytischen Dimensionen der Vorgehensweise, der Art und des Stellenwerts sinnlicher Wahrnehmung, des Umgangs mit bzw. des Zusammenwirkens von Wissen, Denken und Gefühl, sowie der Art der Beziehung der Pflegenden zu den Bewohnern.

die Basis, die unbedingt durch das personengebundene Erfahrungswissen des Pflegers ergänzt werden muss (vgl. ebd., S. 88f.) Nicht abgelöst von emotionalen Zuständen, sondern gerade als „Gefühl“ zeigt sich so eine Sicherheit im Umgang mit dem Menschen, die zur Grundlage von Erkennen und Beurteilen betrachtet werden muss. Als entscheidend zeigte sich die Nähe und Empathie zum Gegenüber im Sinne einer „Vertrautheit“ und einer „partnerschaftlichen Zusammenarbeit“ (ebd., S. 91), die im Rahmen eines empathischen Bezugs realisiert wird. Grundlegende Voraussetzung für eine solchartige Bezugnahme auf den „Arbeitsgegenstand“ ist dessen unbedingter „Subjektcharakter“, der im Fall der Pflege die Anerkennung der Persönlichkeit des Gegenübers bedeutet. Subjektivierendes Arbeitshandeln kann so nicht nur als Ergänzung, sondern als eigentlicher Kern von Pflegearbeit verdeutlicht werden, Erfahrungswissen wird darüber hinaus als „effizientes Wissen“ (ebd., S. 95) deutlich.

Die vorgestellten Ergebnisse beinhalten bedeutende Implikationen für die Begriffsbildung eines angemessenen Arbeitsverständnisses in der personenbezogenen Dienstleistung. So entziehen sich offenbar bestimmte Felder, wie vor allem die „menschennahen Tätigkeiten“, systematisch einem objektivierenden Zugriff. Ein nach planmäßig-objektivierendem Muster gestaltetes Handeln ist sowohl als nicht adäquat in Bezug auf die Bedürfnisse des Arbeitsgegenstands Mensch als auch im Vergleich mit subjektivierendem Handeln unter ökonomischen Gesichtspunkten als unterlegen einzustufen: So konnte gezeigt werden, dass sich der Pflegeaufwand durch subjektivierendes Arbeitshandeln offenbar beträchtlich reduziert, da Unplanmäßigkeiten auf diese Weise aufgefangen werden können (vgl. Böhle 1999b). Das subjektivierende Arbeitshandeln erfahrener Pflegekräfte ist somit als Ausdruck einer besonderen Professionalität einzustufen, die durch Planung nicht nur unzureichend abgebildet, sondern, mehr noch, negativ beeinträchtigt wird. Ein solches mit dem Handeln von Künstlern Gemeinsamkeiten aufweisende Handeln muss damit als eigenständige Form von Handlungskompetenz bewertet werden, die formal erlerntes theoretisches Fachwissen erst anschlussfähig für die Praxis macht. Für die konkrete Gestaltung der Pflegepraxis empfiehlt sich daher kein „Mehr“ an Standardisierung und Formalisierung sondern mehr Raum für autonomes Handeln gut ausgebildeter Pflegekräfte (vgl. ebd.).

Empirische Befunde in diesem Feld belegen zudem die Notwendigkeit einer Revision des „entkörperlichten“ Handlungsbegriffs. Bei der Pflege erweisen sich vor allem körperliche „Äußerungen“ des Kranken als Hauptquelle der Information, während die sprachlich vermittelte Kommunikation zumeist einen nachrangigen Stellenwert besitzt. Auf diesen Umstand deuten vor allem die Befunde von Uzarewicz/ Uzarewicz 2001 hin, die die Interaktion von Pflägern und Pflegebedürftigen in erster Linie auf der körperlich-leiblichen Ebene lokalisie-

ren. Auch konnte die besondere Rolle der Interaktion mit dem Körper und der so genannten „niederen Sinne“ für die Pflegearbeit empirisch belegt werden (vgl. Weishaupt 2006, S. 87).

Das Handlungsfeld Pflege erscheint zusätzlich vor dem Hintergrund von jüngeren Verwissenschaftlichungsprozessen interessant, die mit dem Ziel einer Aufwertung des Pflegeberufs im Sinne einer Professionalisierung verbunden sind. Wie in den zuvor untersuchten Arbeitsfeldern werden systematische Grenzen der Verwissenschaftlichung und auch der speziell im Bereich der Pflege verfolgten Akademisierung deutlich, deren Ursachen in den strukturellen Besonderheiten der Arbeitstätigkeit zu bestimmen sind, im Rahmen derer nicht-objektivierbares Wissen zwar erforderlich ist, dieses jedoch weder gesondert gewürdigt noch bei der Gestaltung von Arbeitsprozessen angemessen berücksichtigt wird. Ob Erfahrungswissen als Grundlage für einen Professionalisierungsprozess der Pflege legitimationsfähig sein wird, erscheint als derzeit noch offene Frage²⁴⁴. Die momentanen Professionalisierungsbemühungen erscheinen einseitig darauf gerichtet, tradiertes Wissen und individuelles Erfahrungswissen durch wissenschaftlich fundiertes Fachwissen zu ersetzen, das für extern gesteuerte Evaluation anschlussfähig ist („Kreislaufmodell des Pflegeprozesses“). Als zentrales Element der Akademisierung der Pflege ist die Einrichtung pflegebezogener Studiengänge zu betrachten, wie sie in Deutschland seit den 1980er Jahren vollzogen wurde.

Mit der Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ wurde ein alternativer Weg der Weiterbildung in der professionellen Pflege skizziert, der Perspektiven für eine Professionalisierung jenseits einer Akademisierung und somit Verwissenschaftlichung des Pflegeberufs eröffnete (vgl. hierzu auch Bollinger/ Grewe 2002). Die nicht-objektivierbare pflegerische Expertise findet im deutschen Sprachraum erst in wenigen Arbeiten Beachtung. Die auf Basis des Konzepts des subjektivierenden Handelns durchgeführten Studien bieten jedoch wichtige Anhaltspunkte für eine Neudefinition professioneller Regeln, im Rahmen derer Fähigkeiten wie die des flexiblen, situationsadäquaten Handelns und Subjektqualitäten wie „Einfühlungsvermögen“ einen deutlich höheren, wenn nicht gar prioritären Stellenwert erhalten. Als schwierig erweist sich der Umstand, dass Erfahrungswissen aufgrund seiner Bindung an konkrete Personen leicht in die Position gerät, als bloße (oder zufällige) Eigenschaft einer Person und somit als selbstverständliche Ressource abgewertet zu werden. Bis zu einer vollständigen Anerkennung als zentrales Element professionellen Handelns, das mit dem Konzept des subjektivierenden Handelns wissenschaftlich beschreibbar ist, liegt offenbar noch ein weiter Weg. In Zeiten der

²⁴⁴ Dieser Frage geht Dunkel 2006 nach, wesentliche Grundzüge seines Gedankengangs werden hier resümiert. Auch Bollinger/ Grewe 2002 beschäftigen sich mit den Potentialen einer Professionalisierung der Pflege in einer Gegenüberstellung von pro und contra Positionen bzgl. des Akademisierungsthemas, wobei bei ihnen stärker professionssoziologische Überlegungen im Vordergrund stehen.

Rationierung von öffentlichen Geldern könnte „effizientes“ (s. o.) erfahrungsgeleitetes Expertenhandeln jedoch neben vielerlei Beeinträchtigungen seines Wirkungsradius durch eine Aufwertung der damit verbundenen Handlungsweisen auch neue Chancen erhalten.

4.3.2 Das „Integrierte Konzept zur Interaktionsarbeit“

Im Anschluss an die Erforschung personenbezogener Dienstleistung konnte das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns als ein Element in das dreiteilige „Integrierte Konzept zur Interaktionsarbeit“ eingegliedert werden. Subjektivierendes Handeln bezieht sich hier neben der „Emotionsarbeit“ als Regulation bzw. Management der eigenen Gefühle und der „Gefühlsarbeit“ als Beeinflussung der Gefühle des Kunden oder Klienten zum Zweck der Erfüllung der Arbeitsaufgabe auf den sachlichen Inhalt des Arbeitsprozesses (vgl. Böhle/ Glaser/ Büssing 2006, S. 29-37).

Im Rahmen des integrierten Konzepts zur Interaktionsarbeit fokussiert das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns speziell mit der „Bearbeitungsebene“ diejenigen Aspekte, die von den zwei anderen Bestandteilen des Konzepts ausgeblendet werden (vgl. Böhle 2006, S. 337). Während sich z. B. die soziale Interaktion mit dem Dienstleistungsempfänger auf der „personalen Ebene“ (ebd.) vollzieht (z. B. im Rahmen von „smalltalk“), kann mit der „Bearbeitungsebene“ vor allem ein „anderer“ Umgang mit Körperlich-Physischem“ erfasst werden. Die „Bearbeitungsbeziehung“ (vgl. ebd., S. 336-339) als analytische Betrachtung der unmittelbaren „Arbeit am Menschen“ zeigt so die Revision der Vorstellung von körperlos handelnden Teilnehmern des Interaktionsgeschehens an. Des Weiteren erscheint die Vorstellung der Trennung von „personalen Qualitäten“ vom eigentlichen Arbeitshandeln nicht haltbar (vgl. ebd., S. 336). Auch und gerade im Umgang mit dem Gegenstand der Bearbeitung jenseits seiner sozialen Person ist die Betrachtung der Abweichungen von einem planmäßig-objektivierenden Handeln entscheidend, eine Zuweisung dieser Qualitäten professionellen Handelns ausschließlich zu der Rahmenhandlung der sozialen Interaktion somit nicht sinnvoll.

Insbesondere im Falle stark verwissenschaftlicht erscheinender Handlungsfelder, zu denen die ärztliche Tätigkeit zu zählen ist, ist hierin der eigentliche Überraschungseffekt zu sehen.

4.4 Subjektivierendes Handeln und Erfahrungswissen

4.4.1 Erweiterung des Verständnisses von Erfahrungswissen

Im Konzept des subjektivierenden Handelns nimmt der Begriff Erfahrungswissen einen prominenten Platz ein²⁴⁵. In der betrieblichen Praxis, vor allem im Rahmen fortschreitender Verwissenschaftlichung, fristete das Erfahrungswissen lange Zeit ein Schattendasein als stillschweigend genutzte Ressource erfahrener Arbeitskräfte („tacit skills“), welche nicht nur nicht honoriert, sondern sogar als störender, vormoderner Rest traditioneller Arbeitspraktiken betrachtet wurde, den es durch weitere Rationalisierung und Technisierung auszumerzen galt. Die Entdeckung von Erfahrungswissen als ein für das „praktische Handeln notwendiges und durch Wissenschaft nicht ersetzbares Wissen“ (Böhle et. al. 2004, S. 101) bedeutete schließlich einen Bruch in der Erfolgsgeschichte der wissenschaftlichen Steuerung von Arbeitsabläufen, die neues betriebliches und sozialwissenschaftliches Interesse auf die Kategorie des Erfahrungswissens lenkte. Den Status einer eigenständigen Form von Wissen erhält dieses in der Folge durch die jüngere arbeitswissenschaftliche Forschung, die zwar überwiegend den allgemeingültigen Überlegenheitsanspruch wissenschaftlich begründeten Wissens fortschreibt, dennoch eine Aufwertung und Anerkennung von Erfahrungswissen als eine parallel zum wissenschaftlichem Wissen koexistierende Wissensform mit sich bringt.

Einen Überblick über die Vielfalt von Konzeptionen nicht-wissenschaftlicher Wissensformen, die teils dem Erfahrungswissen zugerechnet werden, geben Böhle et. al 2004 (siehe ebd., S. 96.). Als Konsens in den verschiedenen Konzeptionen von Erfahrungswissen können zunächst die Betrachtung von Erfahrungswissen als Wissen, das im praktischen Handeln erworben und angewandt wird, sowie, damit zusammenhängend, seine wesentlichen Charakteristika der Personen- und Situationsgebundenheit gelten. Weitgehende Uneinigkeit besteht jedoch im Umgang mit dem Phänomen der Erfahrung und seiner Akzentuierung innerhalb der unterschiedlichen Handlungskonzeptionen, primär in Bezug auf den Stellenwert, der dem praktischen Handlungsvollzug als Erzeugungsgrundlage von Wissen zugestanden wird. Eine erste wichtige Feststellung ist zunächst, dass sich theoretisches und praktisches Wissen nicht, wie häufig angenommen, hauptsächlich hinsichtlich der Möglichkeit ihrer Nutzbarkeit für die

²⁴⁵ Der Begriff des subjektivierenden Handelns wird daher oft mit dem Zusatz „erfahrungsgeleitet“ verwendet. Der Begriff ‚erfahrungsgeleitet‘ betont die besondere Rolle des Erfahrens als Grundlage des sowohl kognitiven als auch des praktischen Umgangs mit äußeren Gegebenheiten“ (Böhle/ Glaser/ Büssing 2006, S. 33).

Praxis unterscheiden. So verstehen sich die modernen empirisch orientierten Naturwissenschaften durchaus als praxisbezogen im Sinne ihrer Funktion, wissenschaftlich-experimentell generiertes und damit kontextunabhängiges Wissen für die praktische Anwendung bereitzustellen. Bedeutender ist vielmehr die Zuschreibung der grundsätzlichen Überlegenheit wissenschaftsbasierter Erkenntnis, mit welcher eine grundsätzliche Abwertung von Erfahrungswissen und praktischem Handeln einhergeht, welchem lediglich die Funktion der Ausführung und bestenfalls (handlungspraktischer) Überprüfung von („objektivem“) Wissen zugewiesen wird (vgl. Böhle et. al. 2004, S. 95-96).

Zu unterscheiden sind vor allem die Erfahrungsvorstellung im Sinne eines aktiven „Erfahrung-Machens“ und eines reflektierten „Erfahrung-Habens“ (vgl. Sevsay-Tegethoff 2007, S. 26). Dieser Neuperspektivierung Rechnung tragend differenzieren Böhle et. al. mit dem Ziel der Systematisierung der unterschiedlichen Konzeptionen in ein „konservatives“ bzw. „konventionelles“ und „modernes“ oder „erweitertes“ Verständnis von Erfahrungswissen (vgl. im Folgenden: Böhle et. al. 2004, S. 101-108). Eine Veranschaulichung dieses Gedankens kann unter Einbezug der konzeptuellen Differenzierung in die idealtypischen Zugänge des objektivierenden und subjektivierenden Handelns entfaltet werden, im Rahmen derer dem Erfahrungswissen eine jeweils unterschiedliche Bedeutung zukommt. Einer traditionellen Konzeption von Erfahrung entspricht die Sichtweise auf Erfahrungswissen als „Erfahrungsschatz“, als über die Jahre erworbene „Routine“, die zumeist als vorwiegend prozedurales Wissen, „wie man etwas tut“, verstanden wird. Gemein ist diesen Vorstellungen die Perspektivierung von Erfahrungswissen als „besonderes Gut“ älterer Arbeitnehmer, jedoch auch oftmals als „Gefahr“ bzw. als Hindernis in Bezug auf neue Anforderungen und Lernprozesse. Auch wird dem Erfahrungswissen in einer engen Konzeption des Begriffs, so im Sinne eines „Kontextwissens“ oder „Anwendungswissens“ nur als objektivierungsfähiges, d. h., in „Lehrbuchwissen“ transformierbares Wissen Gültigkeit zugestanden. Auch die in der jüngeren beruflichen Bildung populäre Konzeption des „Arbeitsprozesswissens“ (Fischer 2000) beinhaltet zwar eine Abwendung von der Idee, Wissen kontextunabhängig zu vermitteln, verabschiedet sich jedoch nicht vom Gedanken einer grundsätzlichen Verwissenschaftlichung praktischen Handelns. Ebenso bleiben neuere arbeitswissenschaftliche Strömungen, wie die des Wissensmanagements, trotz Anerkennung von im Zuge praktischen Handelns generiertem Wissen als wichtiger Ressource von Arbeitskräften prinzipiell einem objektivierenden Bezugsrahmen verhaftet. Zwar ist insgesamt - dies verdeutlicht der Vergleich mit tayloristischen Betrachtungsweisen von Arbeit und Wissen - eine deutliche Aufwertung von Erfahrungswissen zu verzeichnen, dennoch besteht eine Kontinuität hinsichtlich der Zielsetzung, implizites Wissen in explizites Wissen zu transformieren bzw. es durch selbiges zu substituieren. Gerade dies erscheint jedoch ohne inhaltlichen Substanzverlust nicht möglich, wie im Folgenden durch die

Darstellung eines „erweiterten“ Verständnisses von Erfahrungswissen²⁴⁶ verdeutlicht werden soll.

Erfahrungswissen wird im Konzept des subjektivierenden Handelns als Erwerb von Wissen durch „Erfahrung machen“ (Böhle et. al. 2004, S. 109) vorgestellt. Diese scheinbar simple Formulierung beinhaltet jedoch Implikationen, die einen Erfahrungsbegriff gänzlich anderer Natur prägen. Erfahrungswissen entsteht demnach, im Unterschied zu einem Handeln, das auf anderweitig generiertem Wissen beruht, im Rahmen praktischer Auseinandersetzung mit dem Arbeitsgegenstand, vor allem im Umgang mit ex ante nicht plan- und vorhersehbaren „Unwägbarkeiten“ (Böhle 2004, S. 34). Angesprochen sind hiermit in der empirischen Forschung angetroffene Phänomene wie das „Gespür“ oder „Gefühl“ für Anlagen und technische Systeme, das Erahnen von Störungen aufgrund diffuser Merkmale u. ä. (vgl. ebd.).

Neue Forschungsansätze integrierend, die im Erfahrungswissen, von der Mainstream-Diskussion abweichend, den idealen Nährboden für die Auseinandersetzung mit Neuem sehen, werden die im Paradigma der Verwissenschaftlichung vorgegebenen Kriterien „richtigen“ und „gültigen“ Wissens einer Hinterfragung unterzogen bzw. deren Grenzen empirisch und konzeptuell ausgelotet. Hiermit einher geht nicht eine bloße Abkehr vom Leitbild rationalen Handelns, sondern vielmehr eine Relativierung des alleinigen Geltungs- und Überlegenheitsanspruchs objektivierenden Handelns im Umgang mit materiellen und technischen Gegebenheiten (vgl. Böhle et. al. 2004, S. 102-104). Erweitert werden konnte diese neue Vorstellung von menschlichem Arbeitshandeln durch die empirische Erforschung der zwischenmenschlichen Interaktion und dem Umgang mit dem menschlichen Körper in der personenbezogenen Dienstleistung (Böhle/ Glaser 2006).

4.4.2 Herausforderungen an die berufliche Bildung – „Erfahrungsgelitetes Lernen“

Die vorgestellten Befunde zum Erfahrungswissen enthalten zahlreiche Implikationen für das Feld der beruflichen Bildung²⁴⁷. Die Arbeitswelt der Gegenwart zeigt einen hohen Bedarf an integrativen Konzepten für das theoretische und praktische Lernen, dem derzeit mit unter-

²⁴⁶ Zum Verständnis des als Schlüsselbegriff im Konzept des subjektivierenden Handelns zu betrachtenden Konstrukts „Erfahrungswissen“ ist das Ablegen der alltagssprachlichen Vertrautheit mit dem Begriff „Erfahrung“ hilfreich, wenn nicht sogar notwendig.

²⁴⁷ Diesem Thema widmet sich Sevsay-Tegethoff 2007.

schiedlichen Ansätzen begegnet wird. Im Anschluss an eine kurze Skizzierung der jüngeren Historie beruflicher Bildungsgestaltung werden prominente Konzepte der aktuellen Bildungsdiskussion hinsichtlich ihres Verständnisses von Erfahrungswissen systematisiert.

Mit dem Wandel der Arbeitswelt und dem Zuschnitt von Berufen als Folgeerscheinung der Informatisierung sind auch die Anforderungen an Qualifikationsprofile von Arbeitskräften immer rapideren Veränderungen unterworfen. So bedeutete die Automatisierung der sechziger Jahre für die betriebliche Ausbildung eine neue Herausforderung, der mit einer Anpassung des Bildungssystems begegnet wurde, im Zuge derer z. B. die neuen Facharbeiterausbildungen das zuvor teilweise praktizierte „Anlernen“ durch systematische Qualifizierung ersetzen (vgl. Bauer et. al. 2006, S. 19). In der Konsequenz beförderte das neu begründete, stark institutionalisierte duale Ausbildungssystem auf diese Weise die weitere, mit der tayloristischen „Rationalisierung und Didaktisierung der Praxis“ (ebd., S. 77) initiierte Abwertung und Verdrängung des als für die neuen Erfordernisse unzulänglich betrachteten Erfahrungswissens zugunsten einer stärkeren Gewichtung theoretischer Lerninhalte, die nun auch als formelle Trennung praktischen und schulischen, ergo theoriebasierten Lernens verwirklicht wurde (vgl. ebd., S. 74-78). Ähnliches vollzog sich als parallel stattfindende Akademisierung der (vormals praktischen) Ingenieurausbildung. Die „Intellectualisierung“ (Volpert 2003, S. 9) der beruflichen Bildung wurde zum folgenreichen Leitbild, im Zuge dessen Erfahrungswissen als „tacit knowledge“ ausgeblendet, die Hierarchisierung körperlicher, ausführender Arbeit unter geistige, planend-dispositive Arbeit gleichsam zementiert wurde.

Während so in den 1960er und 1970er Jahren die „Überwindung des Theoriedefizits“ (vgl. Böhle 2003b, S. 162) im Fokus der beruflichen Bildung stand, zeichnete sich nur wenig später in den 1980er Jahren ein Kurswechsel ab. Das vorherrschende Bildungsverständnis mit seiner Vorstellung, nur wissenschaftliches Wissen, nicht aber praktisches Handeln und das darin enthaltene Wissen genüge den Kriterien für „richtiges“ Wissen“ und effizientes Handeln, musste in Anbetracht der zunächst unerwartet aufscheinenden Grenzen der Verwissenschaftlichung und Technisierung praktischen Handelns einer Revision unterzogen werden. Immer deutlicher wurde, dass auf im praktischen Handeln erworbenes Wissen auch im Kontext der hoch technisierten Produktion nicht verzichtet werden kann. Vor allem die Bewältigung von „Unwägbarkeiten“ technischer Systeme und von „kritischen Situationen“ (Böhle 2004) sowie stark flexibilisierten betrieblichen Abläufen darf als Domäne erfahrungsbasierten Handelns gelten. Ein Rückgang der Gelegenheiten für den Erwerb praktischer Erfahrung wirkt sich entsprechend problematisch aus.

Die Anerkennung der Unverzichtbarkeit bzw. scheinbar paradoxerweise sogar wachsenden Bedeutung von (praktischer) Erfahrung in stark technisierten Handlungsfeldern mündete in eine Neuthematisierung von Erfahrungswissen und erfahrungsgeleitetem Arbeiten und Lernen. Das Erfahrungswissen erfuhr so in den 1980er Jahren seine „Wiederentdeckung“ in der arbeitswissenschaftlichen Diskussion²⁴⁸. Nach jahrzehntelanger stiefmütterlicher Behandlung kann ihm – im Rahmen vielfältiger Interpretationen und Konzeptionen- zumindest der Status einer unentbehrlichen „Humanressource“ in Zeiten schnelllebigen Wandels nicht mehr streitig gemacht werden. Die Erkenntnis und schließlich auch Akzeptanz der Grenzen der Verwissenschaftlichung praktischen Handelns, auf die in den vorausgegangenen Kapiteln exemplarisch verwiesen wurde, finden ihren Niederschlag in neuen berufspädagogischen Konzepten. U. a. vor dem Hintergrund der bekannten Forderung nach mehr „Anwendungsbezug“ wurden neue Ansätze zur Verknüpfung von wissenschaftlich begründetem Fachwissen und praktischem Erfahrungswissen durch die Verbindung von systematischer Ausbildung und praktischer Tätigkeit entwickelt (vgl. Bauer et. al. 2006, S. 14-15). Diese Konzepte sind als Korrekturen zum „Programm der Verwissenschaftlichung“ (vgl. Böhle et. al. 2004, S. 111) zu verstehen, indem z. B. im Zuge der „kompetenzorientierte(n) Wende der 90er Jahre“ (Sevsay-Tegethoff 2007, S. 267) paradigmatisch der Begriff der „Kompetenz“ als Bündelung subjektgebundener Fähigkeiten den früheren intellektualisierenden bildungspolitischen Leitbegriff der „beruflichen Qualifikation“ abgelöst hat.

Für die vorliegende Arbeit ist vor allem eine Systematisierung der prominentesten neuen Bildungskonzepte im Hinblick auf den ihnen zugrunde liegenden Begriff von Erfahrungswissen interessant (siehe hierzu vertiefend: ebd., S. 91-95). Insgesamt kann eine sich nur zögerlich entwickelnde Akzeptanz für nicht-objektivierbare Aspekte von Erfahrungswissen konstatiert werden. Der konzeptuelle Rahmen der meisten berufspädagogischen Konzepte ist demnach deutlich enger gefasst als der eines „subjektivierenden“ Erfahrungsverständnisses. Der populäre Sammelbegriff des „informellen Lernens“ vereinigt unter seinem Dach verschieden akzentuierte Konzepte, die sich außerhalb formaler Bildungseinrichtungen vollziehen. Als „ungeplantes Erfahrungslernen“ wird seine Nähe zum Erwerb von impliziten Wissen noch deutlicher. Allenfalls Ansätze, die an ein „modernes“ Verständnis von Erfahrungswissen anschließen, wie der des „Erfahrungslernens“ („experimental learning“) beziehen „subjektivierende Elemente“ wie die „gefühlsmäßige Auseinandersetzung zwischen Person und Umwelt“ (explizit) in ihr Lernkonzept ein. Deutlich näher an einer als „Erfahrung machen“ zu beschreibenden Auslegung von Erfahrungswissen positioniert sich hingegen das Konzept des „dezent-

²⁴⁸ Einen tabellarischen Überblick über dem Begriff Erfahrungswissen verwandte Konzepte der sozialwissenschaftlichen Diskussion gibt Sevsay-Tegethoff 2007, S. 18f.

ralen“ Lernens von Dehnbostel 1999 (siehe dazu: Sevsay-Tegethoff 2007, S. 100). Einige Konzepte („Arbeitsprozesswissen“, „Kontext“- oder „Anwendungswissen“) legen ihren Schwerpunkt auf die Notwendigkeit der Rekontextualisierung wissenschaftlich begründeten Wissens, im Zuge derer Erfahrungswissen überwiegend als Anpassungswissen an die praktische Arbeit begriffen wird. Implizites Wissen wird im Rahmen der genannten Konzeptionen primär als ein Wissen gefasst, bei dem keine Reflexion des praktischen Handelns erfolgt, Lernen somit zufällig und unreflektiert stattfindet. Prominent ist aus dieser Reihe von Ansätzen vor allem die Konzeption des „Arbeitsprozesswissens“ (Fischer 2000) im Sinne eines kontextbezogenen Wissens, das sich dennoch am oben dargelegten Gedanken eines „reflektierten“ Handlungsbegriffs orientiert. Vorherrschend ist nach Sevsay-Tegethoff 2007 ein eher konservatives „reflektiertes Erfahrungsverständnis“, das das rationale Moment als Reflexion des Handelns und der begleitenden Emotionen überbetont, somit folglich ein objektivierendes Verständnis von Erfahrungswissen im Blick hat. Das komplexe Phänomen Erfahrungswissen wird hiermit weder in seiner Eigenständigkeit noch hinsichtlich seiner Genese angemessen gewürdigt (vgl. ebd., S. 121).

„Mit Vorsicht zu genießen“ sind hingegen aus verschiedenen Gründen die jüngsten arbeitspsychologischen Bestrebungen, Subjektqualitäten der Arbeitskräfte („soft skills“ oder „emotionale Intelligenz“) der betrieblichen Verfügung zugänglich zu machen (vgl. Bauer et. al 2006, S. 25), da sie vordergründig zwar eine Integration nicht-rationaler Elemente menschlichen Denkens und Handelns suggerieren, diese jedoch rationaler Kontrolle und Instrumentalisierung für ökonomische Zwecke unterstellen wollen. Eine tatsächliche Würdigung von Formen impliziten Wissens oder sogar von Erfahrungswissen, wie es in der vorliegenden Arbeit begriffen wird, ist aus dieser Richtung daher kaum zu erwarten. Der tendenziell sich andeutenden neuen „Subjektorientierung“ folgte auf pädagogischer Ebene bislang keine grundlegende Neuausrichtung des Verständnisses von Lernen, im Gegenteil ist eine Kontinuität der „Spaltung des Subjekts“ (Böhle 2003a) als eine den Menschen nicht in seiner Ganzheitlichkeit berücksichtigenden Sichtweise zu verzeichnen. In den Blick gerückt wird immerhin die Spezifik von Erfahrungswissen als Kenntnis der Eigenheiten der konkreten Situationen bzw. Eigenschaften der jeweiligen Gegenstandsbereiche, das sich von einem systematischen wissenschaftlichen Zugang unterscheidet. Den vorgestellten berufspädagogischen Ansätzen gemein ist eine- wenn auch nicht immer explizite- Geringschätzung von Erfahrungswissen als eigenständige und nicht-objektivierbare Wissensform, wenn auch „ein deutlicher Trend zur stärkeren Berücksichtigung von Erfahrungswissen“ (Sevsay-Tegethoff 2007, S. 133) unstrittig zu sein scheint. Dieses müsse jedoch noch immer durch das „Nadelöhr der Objektivierung“ (ebd., S. 134), die Diagnose einer grundsätzlichen (und umfassenden) Aufwertung von Erfahrungswissen ist daher zu relativieren. Implizites Wissen hat noch lange nicht den Status

eines definierten Lernziels solange die Grenzen der Objektivierbarkeit professionellen Handelns nicht oder nur zähneknirschend akzeptiert werden. So resümiert Sevsay-Tegethoff 2007 trotz der Öffnung gegenüber vormals als „irrational“ ausgegrenzten Elemente des Arbeitens eine „Beharrlichkeit“ des Leitbildes rationalen Handelns und wissenschaftlicher Erkenntnis in der Bildungsdiskussion (vgl. ebd., S. 122).

Als umfassendere Konzeption von praktischen Lernprozessen wird im Folgenden das Konzept erfahrungsgeliteten Lernens, das im Rahmen eines Modellversuchs in der Industrie entwickelt wurde (siehe dazu: Bauer et. al. 2006, S. 26), in Kürze vorgestellt und für die Betrachtung beruflichen Lernens in Vorschlag gebracht.

Das Konzept erfahrungsgeliteten Lernens

Als Zielsetzung eines integrativen Ansatzes zur beruflichen Bildung wird von den Autoren Bauer et. al. 2006 (vgl. Bauer et. al. 2006, S. 15-16) vorgeschlagen, neben dem Erwerb expliziten Wissens auch die Befähigung zu subjektivierendem Handeln zu fördern. Das im Rahmen eines BMBF-geförderten Modellversuchs zur beruflichen Bildung in verschiedenen Industriezweigen im Jahr 1996 entwickelte Konzept des erfahrungsgeliteten Lernens basiert auf drei Grundannahmen (zusammenfassend hierzu auch: Sevsay-Tegethoff 2007, S. 122f.):

- (1) Im Zentrum der Bemühungen steht nicht der Erwerb von Wissen, sondern die Befähigung zu erfahrungsgelitetem Handeln.
- (2) Lernen muss im Rahmen einer im praktischen Handeln angelegten Auseinandersetzung, die an bestimmte Lern- und Arbeitssituationen geknüpft ist, erfolgen.
- (3) Lernen basiert auf dem Erwerb eigener Erfahrungen, die prinzipiell nicht lehrbar sind.

Im Unterschied zu Konzeptionen wie der des „informellen Lernens“ werden im Rahmen des Konzepts Voraussetzungen im Sinne von „Gelegenheitsstrukturen“ betont, die im Lernumfeld Berücksichtigung finden müssen. Der Fokus liegt daher auf einer Selbststeuerung des Lernens, die institutionell unterstützt wird, so als neue „Lernorte“ und „neue Wege zur Sensibilisierung sinnlicher Wahrnehmung, zu assoziativem und bildhaftem Denken“ (vgl. ebd., S. 125f.). Empirisch belegt werden kann, dass die menschliche Wahrnehmung im Sinne der Entwicklung eines „Gespürs“ durch praktische Erfahrung geschult werden kann (und muss), was jedoch durch die in den sechziger Jahren einsetzenden Verwissenschaftlichung und Technisierung praktischer Handlungsvollzüge in zunehmendem Maße erschwert wurde. Betont wird hierbei, dass die Befähigung zu subjektivierendem Handeln keineswegs als selbst-

verständliche Grundvoraussetzung betrachtet werden darf. Gleichwohl sie in jedem Menschen grundsätzlich angelegt ist bedarf sie der Förderung und Übung (vgl. ebd. S. 127).

Durch eine Orientierung am Konzept des subjektivierenden Handelns kann im Sinne einer Ergänzung objektivierenden Handelns durch bislang unbenannte, nichtsdestoweniger unverzichtbare Fähigkeiten und Kenntnisse von Arbeitskräften eine neue Perspektive auf „bildungswürdige“ Aspekte eröffnet werden. Hierzu wurden alternative Konzeptionen von Handeln wie z. B. der Gedanke eines „künstlerischen Handelns“ (Brater et al. 1989), deren Schwerpunkt und Zielsetzung sich primär auf Persönlichkeitsbildung und Befähigung zum autonomen Handeln richtet, hinsichtlich ihrer Anschlussfähigkeit für die Gestaltung praktischen Handelns geprüft. Diese Neuausrichtung erscheint insbesondere für „menschennahe“ Tätigkeiten in der personenbezogenen Dienstleistung notwendig. Bildung, d. h., das Wissen und Können von Arbeitskräften, muss als Kombination unterschiedlicher Wissensformen und Handlungsweisen begriffen werden, die Konzeption beruflicher Ausbildung hierauf sinnvoll abgestimmt werden.

Teil C: Empirische Untersuchung der ärztlichen Praxis

Die vorliegende Arbeit widmet sich nun nach der umfänglichen Darstellung im Sinne eines Generalüberblicks über das ärztliche Wissen und Handeln sowie der Darlegung der wissens- und handlungstheoretischen Grundlagen mit dem theoretischen Fokus des Konzepts des subjektivierenden Handelns den empirisch vorzufindenden „Brüchen“ eines ausschließlich auf objektivierbarem Wissen und rationalen Entscheidungen sowie einem instrumentellen Umgang mit dem Körper und den Sinnen beruhenden Entwurfs ärztlichen Handelns. Anhand der dargestellten Konzepte und empirischen Befunde konnte eine Vielzahl von Hinweisen und Belegen angeführt werden, die die ärztliche Praxis jenseits eines wissenschaftlich-rationalen Rahmens bzw. planmässig-objektivierenden Handelns lokalisieren. Deutlich wurde, dass insbesondere zur Klärung der Frage nach der Beschaffenheit einer ‚ärztlichen Kunst‘ ein rationalistischer Handlungsbegriff unzureichend erscheint wie auch ausschließlich geistige Prozesse fokussierende Ansätze der Kognitionspsychologie eindeutig zu kurz greifen.

Jedoch sind bislang nur Fragmente einer Theorie der ‚ärztlichen Kunst‘ erkennbar, deren handlungstheoretische Analyse aussteht. Um eine wissenschaftliche Beschreibung des ärztlichen Handelns leisten zu können, muss ein Bezugsrahmen gewählt werden, der die verschiedenen Ebenen des ärztlichen Handelns erfassen kann. Dieses enthält als komplexe, unzweifelhaft wissenschaftsbasierte Tätigkeit zudem eine Vielzahl von Aspekten sozial-interaktiv-kommunikativer Arbeit, darüber hinaus müssen die Handlungsanforderungen der Techniknutzung wie auch nicht zuletzt die Arbeit am physischen und auch psychischen Bearbeitungsgegenstand Patient weitgehend als erfahrungsbasierte Tätigkeiten eingestuft werden.

Insgesamt scheint eine Bündelung der vorgestellten Ansätze und Überlegungen durch das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns eine Systematisierung der momentan noch disparaten Ideen leisten zu können. Unter Bezugnahme auf die im Konzept angelegte Dichotomie objektivierendes/ subjektivierendes Handeln können Praxisformen durch die Operationalisierung in die Dimensionen „Vorgehensweise“, „Denkweise“, „Sinnliche Wahrnehmung“ und „Beziehung zum Arbeitsgegenstand“ als spezifisch strukturierte Arbeitsweise analysiert werden. So sollen mit dem theoretischen und empirischen Instrumentarium des Konzepts das Konglomerat an Fähigkeiten des ‚guten Arzts‘ sowie der oftmals als ‚ärztliche Kunst‘ bezeichnete Handlungsstil erhellt werden.

Zunächst ist als Vorstufe bzw. erster „Baustein“ der eigenen empirischen Untersuchung eine maßgebliche Arbeit, Schachtners Studie „Ärztliche Praxis“ (1999) im Hinblick auf die Kategorien ‚objektivierenden‘ und ‚subjektivierenden‘ Handelns neu zu interpretieren (C 1.)

Nachfolgend sind die methodischen Grundlagen der eigenen empirischen Untersuchung dazulegen (C 2.).

Im Anschluss erfolgt die Darstellung der empirischen Ergebnisse, durch welche die aus dem Material Schachtners generierten Befunde weiter ausdifferenziert und zusätzlich um aktuelle Fragestellungen und Problemfelder erweitert werden können (C 3.).

1 “Ärztliche Praxis” (Schachtner 1999): Reinterpretation der Studie als Grundstein der empirischen Untersuchung

Gegenstand des folgenden Kapitels ist eine handlungstheoretische Reinterpretation der Studie „Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher“ (1999) von Christina Schachtner.

In der Studie wird die ärztliche Praxis auf eine sehr grundsätzliche Weise beleuchtet. Ausgangspunkt ist die Feststellung Schachtners, dass über die Genese des, wie sich zeigen wird, vielschichtigen Phänomens (im Sinne von Handlungspraktiken, Entscheidungsmustern und routinisierten Vorgehensweisen, die gemeinhin als der „persönliche Stil“ eines Arztes betrachtet werden) wenig bekannt ist²⁴⁹. So ist ihre Arbeit mehr als grundlegende Exploration der „Mikromechanismen des ärztlichen Alltagshandelns“ (Schachtner 1999, S. 231) ein-, als einem spezifischen theoretischen Erkenntnisinteresse zuzuordnen und wird daher pointiert als „Frage nach dem „Wie“ ärztlicher Praxis“ (ebd., S. 98) beschrieben.

Dementsprechend offen gestaltet Schachtner auch ihr methodisches Vorgehen. Mit dem Ziel der Dechiffrierung unterschiedlicher handlungsleitender Motive, von Schachtner als „Metaphern“ bezeichnet, werden deren Implikationen für die Gestaltung der Alltagspraxis entfaltet. Mittels eines hermeneutisch-verstehenden Ansatzes können die Selbstbeschreibungen ärztlichen Arbeitshandelns auf ihre tiefer liegenden Bedeutungsschichten analysiert werden, die sich nur durch die Methodik des Verstehens, der Rekonstruktion von Sinn- und Handlungszusammenhängen und letztlich durch die Interpretation des Forschers erschließen (vgl. ebd., S. 45f). Anhand der zentralen Schlüsselkategorien der Metaphern können acht Handlungstypen identifiziert werden, die die ärztliche Praxis konstituieren, genauer: sämtliche Tätigkeitselemente des jeweiligen Arztes im Sinne seiner spezifischen handlungsleitenden Metapher strukturieren. Erkennbar wird, dass zentrale Handlungsanforderungen der ärztlichen Praxis je nach Metapherentyp grundsätzlich unterschiedlich gelöst werden. Der erste Blick auf den Patienten, die anschließende Vermutungsdiagnose, Einleitung von Diagnose und Therapie sowie die Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung werden so als Variationen ein- und desselben metaphorischen Konzepts erkennbar (vgl. ebd., S.13). Hierbei zeigt sich eine Persistenz des handlungsleitenden Motivs über die verschiedenen Handlungsanforderungen hinweg. So sind

249. Zumeist liegen empirischen Untersuchungen konkrete, auf einzelne Aspekte ärztlichen Handelns bezogene Forschungsfragen, wie z. B. die Analyse der Kommunikation in der Arzt-Patient-Begegnung, zugrunde, während eine grundlegende Bestimmung der ärztlichen Praxis bis dato fehlte.

die Metaphern als „habitualisierte Deutungs- und Handlungsvorlagen“ zu verstehen, die dynamisch und situationsadäquat an das zu lösende Problem angepasst werden können: In den meisten Fällen erweist sich eine Orientierung an der Metapher für den Handelnden als funktional, andernfalls kann sie modifiziert oder auch gänzlich „aufgegeben“ werden, ohne dass dies einen Bruch mit der grundsätzlichen Ausrichtung bedeuten muss (vgl. ebd., S. 228-229).

Der spezielle Blickwinkel Schachtners auf das Wesen ärztlicher Praxis als ein an metaphorische Konzepte gekoppeltes Vorgehen soll für die vorliegende Arbeit fruchtbar gemacht werden. Eine detaillierte Analyse der „typbedingten“ Praxisformen erscheint im Hinblick auf die angestrebte Annäherung an zentrale Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung gewinnbringend. Als zentrale Differenzierungsachse der angestrebten Handlungstypologie erweist sich die Unterscheidung zwischen erfahrungsgeleitet-subjektivierenden und planmäßig-objektivierenden Handlungsstilen als vielversprechend, da anhand dieser idealtypischen Kategorisierung divergierende Handlungsstrategien im Sinne des Erkenntnisinteresses der vorliegenden Arbeit systematisch kontrastiert werden können.

1.1 Handlungsanalyse

Zunächst werden Schachtners Metaphern der „Ärztlichen Praxis“ im Hinblick auf ihre – objektivierendes oder und subjektivierendes Handeln nahe legenden - Implikationen untersucht. Anhand der vier Dimensionen des Konzepts des subjektivierenden Arbeitshandelns können die verschiedenen Handlungsstile in den Handlungsbereichen „Diagnose“ und „Therapie“ analytisch operationalisiert und differenziert werden.

1.1.1 Handlungsfeld Diagnose

In einer engen Auslegung des Begriffs ist mit Diagnose die „Durchschauung des Krankheitsbildes“ (vgl. ebd., S. 98; Original Anschütz 1987, S. 14) bezeichnet. Unangefochten besitzt die Diagnose als „handlungsrelevante Definitionsleistung“ (Schachtner 1999, S. 97) einen immensen Stellenwert innerhalb des ärztlichen Handelns und wird vielfach als Kern ärztlicher Kunst betrachtet. Die Empirie stützt die Annahme einer herausragenden Bedeutung der Diagnose für das ärztliche Handeln: Der Gesprächsanteil, der auf diesen Ausschnitt entfällt, übertrifft alle anderen Themen. Der Fokus soll im Folgenden u. a. auf das Element des „Unschärfen“ und dessen Bedeutung für den ärztlichen Erkenntnisprozess gerichtet werden. Hierbei

zeigt sich der Grad der Unschärfe als wesentlich durch den zugrunde liegenden Krankheitsbegriff bestimmt: Werden Laborwerte und Patienteneckdaten zum Ausgang genommen, ist die Handlungssituation naturgemäß deutlich weniger „unscharf“, als eine die Gesamtpersönlichkeit des individuellen Patienten und dessen Lebenssituation einbeziehende Konzeption von Krankheit.

Geht man von der Diagnosestellung als handlungsrelevanter Definitionsleistung aus, dann ist dieser Handlungsabschnitt mit der Identifikation eines zentralen „Patientenproblems“ erfolgreich bewältigt. Wie sich zeigt, sehen einige Ärzte ihre originäre Aufgabe damit als erfüllt an, andere beziehen hingegen die weitere „*Begleitung*“ des Patienten im Anschluss an die Diagnosestellung in ihr Aufgabenspektrum mit ein. Ihrem Wesen nach ist die Diagnose auf das „Erkennen“ einer krankheitsrelevanten, je nach Krankheitsbegriff primär organischen, sozialen oder psychischen Störung gerichtet (vgl. ebd., S. 156), was auf den ersten Blick kognitive Aktivitäten wahrscheinlich macht. Als interessant erscheint daher eine Analyse des ärztlichen Erkenntnisprozesses: Folgt dieser tatsächlich rein objektiv-rationalen Prinzipien oder lassen sich in der Empirie vielmehr andere Methoden des Erkennens entdecken? Im Folgenden werden die verschiedenen Strategien der Diagnosefindung idealtypisch gegenübergestellt.

1.1.1.1 Idealtyp objektivierenden Handelns bei der Diagnosefindung

Vor allem der Metapherotyp „Strukturorientiertes Handeln“²⁵⁰, der seiner Krankheitsdefinition gemäß durch die Suche nach strikt kausalen Ursache-Wirkungsketten bestimmt ist, repräsentiert die Vorstellung von einem objektivierenden Vorgehen bei der Diagnosesuche, das sich in der Praxis als „*Sortieren, Ordnen, Rechnen*“ darstellt („*Symptome richtig gewichten*“, „*Symptome zusammenführen*“, „*zusammensummieren*“). Als Idealtyp können „standardisierte, hierarchisch-strukturierte Suchverfahren“ (ebd., S. 107-110) gelten. Bereits die Zielformulierung, „*Krankheitsbilder zu erfassen*“ (und nicht den Menschen!) verweisen auf einen dem biomedizinischen Modell entsprechenden, eher eng angelegten Handlungskorridor mit eindeutig abgegrenztem Handlungsgegenstand, der auf einer Vorstellung von Krankheit als primär organischer Störung basiert. Schemata bieten in einer auf diese Weise konstruierten Praxis eine willkommene Handlungsorientierung („*Schubladen öffnen*“). Die diesem Handlungsstil zugeordneten Personen greifen eher auf standardisierende Verfahren („*Anamneseband*“,

²⁵⁰ siehe ebd., S. 73-76. Diesem Typus wurden mehrere Interviewpartner zugeordnet. Falls nicht anders vermerkt, sind alle Zitate dieser Textpassage entnommen.

ebd., S. 107) zurück und stehen strukturierenden Elementen generell positiv gegenüber: Als Ideal gilt ihnen eine klar definierte und geregelte ärztliche Praxis.

Vorgehen: Planmäßig-objektivierendes Handeln bei der Diagnosesuche: „Schienen“ oder „Bahnen“ regeln den Handlungsablauf

Die einzelnen Handlungselemente zeigen sich im Rahmen eines planmäßigen Vorgehens als strikt voneinander getrennt (vgl. ebd., S. 113). Zunächst werden problembezogene Patienteneckdaten anamnestiziert, dann gezielte technische Untersuchungen eingeleitet, die in einem weiteren Schritt theoriebasiert und „*an den in der Schulmedizin geltenden Standards*“ (ebd., S. 108) interpretiert werden. In diesem Zusammenhang ist die Präferenz für solche Patienten, „*die ganz klar reinkommen und sagen, das tut mir weh und ich kann ganz konkret drauf reagieren*“ (ebd., S. 94) zu verstehen. Im Rahmen eindeutig abgesteckter, punktueller Beschwerden kann planmäßig-objektivierendes Handeln störungsfrei „durchlaufen“. Die „Schienenmetapher“ versinnbildlicht einen solchen auf das Ziel, nämlich die untersuchungstechnisch abgesicherte Diagnose sowie die damit ermöglichte präzise Prognose, zulaufenden Prozess. Die für den objektivierenden Typus weiterhin typische Betonung der Sequenzialität des Handlungsvollzugs, hier in Form der Trennung der einzelnen Handlungsanforderungen, wird sogar durch die von einem Vertreter vollzogene zusätzliche räumliche Trennung von Anamnese und körperlicher Untersuchung gleichsam materiell manifestiert.

Der Einsatz von Sinnen als nicht erwähnenswerter Vorgang

Der Einsatz von Sinnen - wie auch eigenen Gefühlslagen - findet in der Schilderung des eigenen Vorgehens keine Erwähnung. Stattdessen werden kognitive Prozesse stark ins Zentrum gestellt, indem der Diagnosefindungsprozess vom Typus „Strukturorientiertes Handeln“ mit einem „*Rechenproblem*“ verglichen wird. Grundsätzlich eignet sich der Prozess der Diagnosefindung durch seinen ihm immanenten Charakter des Erkennens tendenziell zu einer kognitivistischen Überhöhung, in deren Rahmen die Rolle der sinnlichen Wahrnehmung als untergeordnete eingestuft wird.

Wissensformen: Präferenz für „harte Daten“, „klare Patienten“ und „diagnostic reasoning“

Das empirische Material legt eine eindeutige Präferenz des objektivierenden Handlungstypus für formale Arten von Wissen nahe. So wird der Mangel an „*harten Daten*“ in der Medizin problematisiert, wie z. B. im Fall der unklaren Symptomatik des psychosomatischen Patienten, der „sich in seinen Beschwerden nicht so eingrenzen lässt“. Die Lösung hierfür wird - anstelle einer Anpassung der eigenen Vorgehensweise an diesen Umstand - in einer umso stringenteren Einhaltung selbstkonstruierter oder externer Regeln gesucht. Als Beispiel hier-

für dient das auf die Identifikation kausaler Zusammenhänge im Sinne von organischen Ursache-Wirkungs-Ketten abzielende Verfahren bei der Anamnese mithilfe eines standardisierten Fragebogens. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient dient hier in erster Linie als Faktenquelle: Die freie Erzählung des Patienten wird durch die Erstellung eines „Anamnesebandes“ (ebd., S. 107) auf die für den Arzt relevanten Informationen reduziert und so für objektivierendes Handeln anschlussfähig gemacht. Referenzgröße sind hierbei quantifizierbare Daten, die später durch Hinzuziehen von technischen Untersuchungen ergänzt werden. So werden beispielsweise verschiedene theoriegeleitete „Bahnen“ mit möglichen Erklärungen („ein 40-50 jähriger Mann mit Hörsturz kann herzegeschädigt sein, er kann stoffwechselgeschädigt sein“, ebd., S. 108) zum Ausgang genommen, systematisch labortechnisch überprüft und mittels Erhärtung durch objektive Daten weiterverfolgt respektive ad acta gelegt. Als Ausgangspunkt des Handelns und Entscheidens dienen Normwerte, „Normalbefunde“, bzw. die Abweichung des Patienten von diesen. Mit diesem Fokus auf objektive Daten korrespondiert auf der Ebene des Denkprozesses eine analytische, regelgeleitete und rational-diskursive Denkweise²⁵¹. Aufgrund dieser grundsätzlichen Ausrichtung bedeuten Entscheidungen, die nicht auf reproduzierbaren, „harten Fakten“ bzw. allgemeingültigem wissenschaftlichem Konsens, sondern „nur“ auf eigener Erfahrung oder gar Intuition beruhen, ein deutlich höheres Maß an Konflikt für den so orientierten Handlungstypus. Interessanterweise (und theoriekonform) fällt auf, dass gerade die Berufsanfängerinnen, der „Kontrollmetapher“, ebd., S. 94-95) bzw. der „Prozessmetapher“ (ebd., S. 76-80) zugeordnet, den Rekurs auf klare Regeln und Strukturen suchen. Geordnete Abläufe und der Rückgriff auf theoretisches Fachwissen aus dem Lehrbuch bieten Handlungssicherheit und Entlastung in kritischen Situationen.

Beziehungsebene: Der Patient als zu distanzierendes Objekt

Es sind hauptsächlich die strukturorientierten Typen, die in der Selbstbeschreibung die Rationalität ihres Handelns hervorheben, als Kehrseite dessen einem emotionalen Engagement dem Patienten gegenüber am deutlichsten ablehnend gegenüberstehen. So wird dem professionellen distanzierten Rollenanspruch genüge getan oder die Gefährdung der Fähigkeit zu (objektiver) Erkenntnis befürchtet (vgl. ebd., S. 112). Die Beziehung zum Patienten ist durch Distanz geprägt, die Persönlichkeit des Gegenübers wird ausgeblendet. So wird die Bedeutung von individuellen Patientenmerkmalen nicht thematisiert bzw. sind solche in den Fallschilderungen nicht enthalten. Diese Relevanzzuschreibung entspricht dem Objektstatus, dem der

²⁵¹ Eine solche Strategie wird in der angloamerikanischen kognitionspsychologischen Erforschung der ärztlichen Expertise als „reasoning“ bezeichnet, der Diagnoseprozess somit als rein rationaler Vorgang reklamiert (vgl. dazu ausführlich B 2.2.).

Patient zugewiesen wird: Der Patient bleibt „Objekt“ (und kein Subjekt, in dessen Lebenswelt es sich hineinzusetzen gilt). Die Patientenbegegnung ist dieser Logik folgend als asymmetrische, strukturell durch den Wissensunterschied und die Deutungsmacht des Arztes definierte Handlungssituation zu verstehen, in der Kommunikationen tendenziell einen „Top-Down“-Charakter zeigen („*Hirtenbrief*“, ebd., S. 143) und in denen gegenseitiges Einvernehmen keine Voraussetzung ist. So äußert eine der „Angriff- und Verteidigungsmetapher“ (grundsätzliches zu diesem Typus ebd., S. 83f.) zugerechnete Ärztin die Notwendigkeit, sich gegen Patienten (emotional) „*abzuschirmen*“, ein anderer bezeichnet die Arbeit mit dem Patienten als „*Kleinkrieg*“ ein dritter, dem gleichen Typus Zugehöriger, muss „*schauen, dass die Gespräche nicht ausufern*“, da sie, wie Schachtner interpretiert, eine „Gefahrenquelle“ bedeuten. Eine (zeit)-offene Anamnese, sonst oft als elementare Voraussetzung nicht nur für das Arzt-Patient-Verhältnis, sondern auch für den Diagnosefindungsprozess genannt, erscheint an dieser Stelle weder möglich noch erwünscht.

Im Zuge eines Suchprozesses, der - unter weitgehender Ausblendung der Patientenpersönlichkeit - linear auf die Identifikation von dysfunktionalen Elementen gerichtet ist, werden infolge der immer weiter gehenden Präzisierung der Untersuchungsmöglichkeiten einzelne Organe vom Patienten (seiner Seele, seinem Geist, seiner Persönlichkeit) isoliert betrachtet. Der so handelnde Arzt repräsentiert eine Form der medizinischen Blicks, die den menschlichen Körper in seine Einzelteile zerlegt und gleich einer defekten Maschine behandelt. Der Patient wird in dieser „*partialisierenden*“ Perspektive als „Körper“ wahrgenommen, während auf psychische Krankheitshintergründe hinweisende Appelle an den Arzt kein Gehör finden (vgl. ebd., S. 110)²⁵². Ein (Nähe aufbauender) Bezug zum „Erkenntnisgegenstand Patient“ ist in dieser Vorgehensweise nicht erforderlich, wird teilweise, wie gezeigt, sogar als hinderlich betrachtet. Erwähnenswert erscheint dennoch, dass Empathie nach eigenem Bekunden auch für diesen Handlungstypus zum Repertoire des Arztes gehöre, was von Schachtner jedoch in diesem Zusammenhang als „*kompensatorische Metaphorik*“ (ebd., S. 73) gedeutet wird.

Überwiegend im Modus des objektivierenden Handelns agierender Typus

Eine schon deutlich abgeschwächte Variante des objektivierenden Handlungstypus stellen „*partiell standardisierte Suchverfahren*“ (vgl. ebd., S. 111-113) dar: Zwar gilt auch hier das Ideal einer an wissenschaftlichen Standards orientierten Diagnosesuche, die eine bestimmte Abfolge von Handlungsschritten verbindlich nahe legt, allerdings werden von Vertretern die-

²⁵² z. B. schenkt ein Arzt der Ursacheninterpretation des Patienten (beruflicher Stress) keinen Glauben und geht in der weiteren Krankheitsbearbeitung auch nicht weiter darauf ein.

ses Handlungsstils auch nicht näher definierte und begründete Eindrücke („*persönlicher Augenschein*“) als ausschlaggebend bezeichnet. Zudem explizieren sie die hohe Bedeutung von „*Musterfällen*“ als der eigenen Entscheidung zugrunde liegender Erfahrungswert. Trotz der übergreifenden Orientierung an allgemeingültigen Wissensbeständen und schulmedizinischen Standards werden „*erfahrungsgespeiste Sprünge*“ und gegebenenfalls auch ein „*diagnostischer Spezialweg*“ (ebd., S. 74) fernab von Standards vollzogen: Personengebundenes implizites Wissen darf hier demnach zum Zuge kommen, wenn auch nicht ohne dies stellenweise zu problematisieren. Als Befund ist jedoch festzuhalten, dass neben formalisiertem Wissen auch Erfahrung und Intuition in die Selbstbeschreibung des eigenen Tuns Eingang finden.

1.1.1.2 Idealtyp subjektivierenden Handelns bei der Diagnosefindung

Die Mehrheit der von Schachtner identifizierten Metaphern erlauben Rückschlüsse auf eine hohe Relevanz subjektivierenden Arbeitshandelns in der Diagnostik. Die diesem Prinzip folgenden Handlungstypen agieren zumeist im Modus einer als „ganzheitlich“ zu bezeichnenden Orientierung²⁵³ Als Hauptvertreter dieser Ausrichtung zu betrachten sind ein Angehöriger der „*Beziehungsmetapher*“ (vgl. ebd., S. 80-90), dessen handlungsleitendes Motiv „*Zugewendetsein*“ (ebd., S. 86) - mit den darin enthaltenen Dispositionen der „*Verbindung*“, der „*Beziehung*“ und „*Kontakt*“ - als „herzustellende Basis für Diagnose und Therapie“ (ebd., S. 87) lautet, sowie zwei Ärztinnen, deren Handeln durch die „*Teile-Ganzes-Metapher*“ (vgl. ebd. S. 92-93) und die „*Retter- und Heilermetapher*“ (vgl. ebd., S. 65-70) bestimmt ist.

In der Natur der Sache liegend lassen sich die einzelnen Handlungsdimensionen der sinnlichen Wahrnehmung, des Denkens, Handelns und der Beziehungsgestaltung bei einem als subjektivierend zu klassifizierenden Arbeitshandeln weit schwieriger analytisch getrennt behandeln, als dies beim objektivierenden Arbeitshandeln der Fall ist. So ist durch die Gleichzeitigkeit von Denken, Handeln und Wahrnehmen jede Dimension der anderen immanent bzw. spiegelt diese wider. Charakteristischerweise zeichnen sich subjektivierende Handlungsformen überwiegend durch eine Kongruenz der auf den verschiedenen Ebenen liegenden Merkmale aus. Dennoch soll mit dem Ziel der konsequenten Kontrastierung der verschiedenen Handlungstypen aufgezeigt werden, dass den zuvor dargelegten Formen objektivierenden

²⁵³ Die für den ganzheitlich orientierten Arzt typische Zentralstellung soziopsychischer Aspekte der Lebenswelt des Kranken ist als Gegenpol zu reduktionistischen (den Menschen auf seine Organe reduzierenden) und mechanistischen (im Sinne einer funktionellen Gleichsetzung von Mensch und Maschine agierenden) Konzepten von Gesundheit und Krankheit zu betrachten.

Handelns subjektivierende Handlungsweisen entsprechen, die sich auf den einzelnen Ebenen des Arbeitshandelns empirisch darstellen lassen.

Vorgehen: „Körperarbeit“ und dialogisch-interaktiver Austauschprozess

Wie eingangs angedeutet, schließt subjektivierendes Arbeitshandeln typischerweise an als „unscharf“ zu bezeichnende Problemsituationen an, die es bearbeitbar zu machen gilt. Die für diese Handlungsform relevanten Informationen, die im Sinne einer ganzheitlichen Orientierung („sozialer und menschlicher Kontext“) über den unmittelbaren organisch-körperlichen (also in messbare Befunde transferierbaren) Zusammenhang hinausgehen, können nur im Austausch mit dem Gegenüber generiert werden. Folglich ist intensive Interaktion ein zentrales Moment im Diagnoseprozess. Jedoch nicht nur die Rahmenbedingungen, sondern auch die Zielsetzung der ärztlichen Praxis erweisen sich als wenig exakt definiert: so ist von eher vagen Motiven wie „nach der Lebenswunde suchen“ (ebd., S. 100) oder „Entwicklungen ermöglichen“ (ebd., S. 78) die Rede. Die dieser Art von Zieldefinition optimal entsprechende Vorgehensweise erfordert Kompetenzen, die in der Terminologie des subjektivierenden Arbeitshandelns als situative „offene Planung“ und, wie im Folgenden demonstriert werden kann, als schrittweise-exploratives Vorgehen und dialogisch-interaktiver Austausch zu bestimmen sind. Charakteristisch hierfür ist, dass ein solches Vorgehen sowohl Arzt- als auch Patientenkörper mit einschließt. Der Körperkontakt zwischen Arzt und Patient wird zunächst als elementare Methode der Vertrauensgewinnung, die eine Ebene der intensiveren emotionalen Verbundenheit erschließt, sichtbar: Körperlicher Kontakt zwischen Arzt und Patient kann an dieser Stelle als Medium der Vertrauensgenese gezeigt werden (vgl. ebd., S. 40). Darüber hinaus zeigt sich in der Bedeutung von „Körperarbeit“ als Wissen generierender Tätigkeit die spezifische Relevanz körpergebundenen und erfahrungsbasierten Wissens. Als wesentlicher Schritt innerhalb des Erkenntnisprozesses wird hierdurch der Körperkontakt als Medium der Wissensgenese greifbar. Die Gruppe der „leiblich-sinnlichen Suchverfahren“ (vgl. ebd., S. 103f.) stellt hauptsächlich auf leibbezogene Interventionen als primäre Erkenntnisquelle ab. Als Interaktionsvorgang basiert auch das Phänomen der Körperarbeit auf dem Prinzip der Aktion und Re-Aktion zwischen Arzt und Patient. Die körperliche Reaktion des Patienten bietet bei solchen Vorgehensweisen Aufschluss über die Art und Schwere der Erkrankung. Zu betonen ist unbedingt, dass die grundsätzliche Zweiseitigkeit des Prozesses keinen der Interaktionsteilnehmer auf die agierende oder reagierende Rolle festlegt. Diese Prämisse wird von den subjektivierenden Handlungstypen auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichem Maß verwirklicht. Grundlegend ist hierbei eine als „Teilhabe“ und „Verhandlung“ begriffene, direkten Austausch zentral stellende ärztliche Praxis: „Es ist nicht nur so, dass ich ihm jetzt was gebe, sondern im Grunde genommen auch was von ihm bekomme, was lerne, was

erfahre“ (ebd., S. 82). Die „*Rückkopplung*“ (ebd., S. 106) des Patienten in Form einer wie auch immer gearteten Reaktion kann so als notwendige Instanz innerhalb des Erkenntnisprozesses erkannt werden. Auch z. B. das gemeinsame Lachen mit dem Patienten liefert so nicht nur Informationen über dessen Befinden, sondern ist Element eines Handlungsablaufs, der auf gemeinsames, dialogisches Arbeiten („*Blockierungen lösen*“, ebd., S. 66) abstellt. In diesen Handlungsstil fügt sich die Prämisse einer gemeinsamen Zielvereinbarung in Abstimmung mit dem Patienten, wie z.B. der Absprache von Entscheidungen (vgl. ebd., S. 114, S. 117).

In diesen Handlungsvollzügen erkennbar ist als weiteres Merkmal subjektivierenden Arbeitshandelns im Sinne eines schrittweise-explorativen Vorgehens eine Verschränkung von zumeist getrennt gedachten Handlungssequenzen wie der Anamnese, der körperlichen Untersuchung und sogar der Techniknutzung. Zumeist stellt sich der Diagnosefindungsprozess eben nicht als sequenziell gegliederter Ablauf, sondern mitunter als ein zirkulärer Prozess („*ich kreis das so ein*“, ebd., S. 92) dar - durchaus unter Einbezug von Faktoren, die sich nicht unmittelbar aus der konkreten Begegnungssituation ableiten lassen. Der Nicht-Linearität des Erkenntnisprozesses wird in Form von Sinnbildern wie einem Zopfmuster, Wellen oder unregelmäßigen Stufen Rechnung getragen (vgl. ebd., S. 117). Typischerweise oftmals in Alltagssprache bzw. nicht-medizinischer Terminologie formuliert werden Diagnoseprozesse als exploratives, entdeckendes „*Erkunden der Situation*“ (ebd., S. 120) bzw. noch stärker den investigativen Charakter hervorhebend, als „*Rätsel lüften*“ (ebd., S. 96). Die Kristallkugel als Wunschinstrument eines Arztes erscheint in diesem Licht als sehr explizites und freimütiges Bekenntnis zur einer – in diesem Fall ohne jede Ambivalenz vorgetragenen - nicht-planmäßig-rationalen Vorgehensweise beim Diagnoseprozess.

„Spürende“ sinnliche Wahrnehmung im Diagnoseprozess

Die Patientenbegegnung erscheint von Beginn an durch Vorgänge (komplexer) sinnlicher Wahrnehmung geprägt: Der Patient wird typischerweise nicht „registriert“, sondern sinnlich „erfahren“ („*Ich erfahre meine Patienten am besten durchs Anfassen*“, ebd., S. 67) - oftmals, aber nicht notwendigerweise über den körperlichen Kontakt, wie es in der Gruppe der „leiblich-sinnlichen Suchverfahren“ (vgl. ebd., S. 103-107) Usus ist. Die durch Berührung des Patientenkörpers vermittelten Informationen über z. B. die Hautbeschaffenheit („*ist sie spröde, ist sie schuppig?*“, ebd. S. 115) belegen zum einen herausragende Stellung sinnlicher Wahrnehmung, wie auch das Wesen dieser Art von Information als nicht oder kaum quantifizierbare Eigenschaftsausprägungen. Der Zugang zum Patienten wird durch „*Hinhören*“ (im Gegensatz zum bloßen „Hören“) gesucht. Das Gespräch, aber auch „*Anschaun*“, „*Fühlen*“ und „*Riechen*“ (der klassische „niedere Sinn“) sind primäre Quellen der Erkenntnis. Ein für die

sinnliche Wahrnehmung besonders empfänglicher Interviewpartner illustriert sein Vorgehen sogar mit einer Zeichnung von Ohren und Nase (vgl. ebd., S. 120).

Auch gehen auf der ersten Blick als „nicht-medizinisch“ zu klassifizierende Informationen in die Gesamtwahrnehmung des Patienten ein. Auf diese Weise konstruiert sich bereits in der Erstbegegnung ein aus verschiedensten Patientenmerkmalen zusammengefüger „Eindruck“ (*„ich lass die Leute auf mich wirken“*, ebd., S. 71), der durchaus unspezifischer Natur sein kann. So können lebensweltliche Informationen über den Patienten (zieht sich gerne bunt an, züchtet Edelweiß) wesentlicher Bestandteil eines „Eindrucks“ sein (vgl. ebd., S. 125).

Als Voraussetzung erscheint die im Rahmen einer komplexen sinnlichen Wahrnehmung erforderliche Disposition der „Achtsamkeit“. Nur wer über empathische und kommunikative Kompetenzen verfügt, ist befähigt, nonverbale Botschaften zu entschlüsseln, Eindrücke zu verknüpfen und problembezogen zu interpretieren (*„Bausteine im Gesamtbild“*, ebd., S. 118). Erst die erfahrungsbasierte Kontextualisierung macht einen sinnlichen Eindruck zu einer „verarbeitbaren“ Information und erlaubt deren Einordnung in Gesamtzusammenhänge. *„So ein spitzes, ängstliches Gesicht und schon so leidend (...), hoppla, der geht's schlecht, da geht's wirklich um was und lass dich jetzt mal so drauf ein“* (ebd., S. 114). Der letzte Satz zeigt an, dass das „Sich-Einlassen“ als gezielte Methode der intensiven Auseinandersetzung mit dem Patienten gewählt wird. Ein abschließendes Zitat veranschaulicht ein solches Vorgehen sowie auch ein als komplexe, respektive „spürende“ sinnliche Wahrnehmung, die sich durchaus in ein körperliches Empfinden („spüren“, „aufnehmen“) des erkennenden Subjekts übersetzt, zu bezeichnendes Arbeitshandeln: *„Das ist ein Mosaik, das setzt sich aus vielen Teilen zusammen, aus dem, was ich sehe, was ich spür, wenn ich ihn untersuch, aus dem, was er sagt, wie er es sagt, auch wie ich es aufnehmen kann“* (ebd., S. 92).

Wissen und Denken: Ahnen und Fühlen

Im Modus des subjektivierenden Arbeitshandelns sind auf der Ebene des Denkens und Wissens ablaufende Prozesse zum einen als „bildhaft-assoziativ“, zum anderen ihrem Wesen nach als „gefühltes Wissen“ zu charakterisieren. Wie oben dargelegt, wird das Wissen über den Patienten und dessen Gesundheits- bzw. Lebenssituation zu einem Gutteil durch Vorgehensweisen der sinnlichen Wahrnehmung generiert. Selbst ein zunächst *„unklares Bild“* (ebd.) kann so dennoch den Ausgangspunkt weiteren Handelns bilden. Das Agieren auf der Basis von *„unklaren Daten“* wird von den subjektivierenden Handlungstypen nicht problematisiert, sondern als Handlungsbedingung akzeptiert und konfliktfrei in das eigene Handeln integriert: *„in der Medizin ist aus meiner Sicht vieles unsicher“* (ebd., S. 115). Der unklare (oder auch „unscharfe“) Charakter der Handlungssituation wurzelt im Wesen der Informationen: Das

WIE als qualitative Eigenschaft („*wie ist er angezogen?*“, ebd., S. 120) gibt Hinweise über den Patienten, entzieht sich jedoch einer Quantifizierung. Dennoch sind für den subjektivierenden Handlungstyp offenbar gerade solche Informationen wesentlich, die ihrem Charakter nach „*mit einer rein technischen Methode nicht aufzuspüren*“ (ebd.) sind. Die Wortwahl des „*Aufspüren*“ verweist auf eine Vorgehensweise der spürenden sinnlichen Wahrnehmung, bei der nicht-rationale Wissensformen wie „Ahnen“ und „Fühlen“ ausschlaggebend sind.

Im Gegensatz zum objektivierenden Handeln, das sich an Normwerten und anderen objektiven Patientendaten orientiert, wird im Rahmen eines subjektivierenden Handelns auf „diffuse leiblich-emotionale Zustände“ (ebd., S. 142) des Patienten Bezug genommen. Die idealtypisch bestimmten „Handlungssettings“, die die beiden Pole „Schärfe“ vs. „Unschärfe“ darstellen, erfordern offenbar grundlegend unterschiedliche Wissensformen: Während für den objektivierenden Typus der Rekurs auf formalisiertes Wissen funktional ist, werden aussagekräftigerweise von den im Modus eines subjektivierenden Handelns agierenden Ärzten Laborwerte und andere „objektive“ Patientendaten kaum oder gar nicht erwähnt. Stattdessen berufen diese sich auf gänzlich unterschiedliche Erkenntnismedien: „*'ne Verbindung aus Intuition, wenn ich mich so aufmach' für den Menschen (...) und wie ich ihn wahrnehme.*“ (ebd., S. 103). Die zuvor schon als Protagonistin einer ganzheitlichen Ausrichtung genannte Vertreterin der „Teile-Ganzes-Metapher“ geht sogar so weit, Herz und Gehirn auf der Ebene des Erkenntnisses gleichzusetzen: „*Das Hirn ist ja auch Herz eigentlich, das ist ja auch Gefühl*“ (ebd., S. 120), wodurch erneut der enge Zusammenhang von Denken und Fühlen im Kontext des subjektivierenden Arbeitshandelns evident wird.

Beziehung als „Medium der Diagnosesuche“

Anhand der in der Analyse der übrigen Dimensionen des Arbeitshandelns herausdestillierten, als subjektivierend zu klassifizierenden Handlungsweisen ist bereits eine Zentralstellung der Beziehung zum Patienten für den subjektivierenden Handlungstyp erkennbar. Als Voraussetzungen, „*einen anderen Kontakt, einen innerlichen Kontakt*“ (ebd., S. 83) herzustellen, geraten bestimmte Eigenschaften und Fähigkeiten des Arztes in den Blick, auf die im Folgenden das Augenmerk gelegt werden soll: „*Suchen*“, „*Beobachten und Hinhören*“ erfordern im Modus eines „sich Einlassens“ einen unbedingten Fokus auf den Patienten. Erneut scheinen hier die unter dem Etikett „Achtsamkeit“ zu subsumierenden Dispositionen auf, die eine Entschlüsselung der oftmals nonverbalen Botschaften ermöglichen. So wird grundsätzlich Empathiefähigkeit als zentrales Persönlichkeitsmerkmal des Arztes sichtbar. Nur im subjektiven, identifikatorischen Nachvollzug kann die „*zweite Geschichte*“, bestehend aus – den eigentlich relevanten – „*kleinen Nebeninformationen*“, dechiffriert werden (vgl. ebd., S. 96).

Vor allem die „emotional-mentalen Suchverfahren“ (vgl. ebd., S. 101-103) wurzeln in einer intensiven Auseinandersetzung mit der Gesamtpersönlichkeit des Patienten, die offenbar als Kernelement des eigenen Arbeitshandelns begriffen wird: „weil ich es phantastisch finde, einen Menschen in seiner Kompliziertheit und seinem Chaos (...) „ne Erkenntnis zu finden, (...) mit ihm diesen Punkt zu erarbeiten.“, ebd. S. 101). Die Sichtweise auf den Patienten als Subjekt und auch die Auffassung von einer partnerschaftlichen Kooperation zwischen Arzt und Patient werden hier erneut evident. Hohes emotionales Involvement untermalt die Ärztin durch die Zeichnung des Herzens als zentralem Organ (s.o.). Dennoch streben mitunter einige Vertreter dieses Handlungstypus auf eine ihnen eigene Weise nach Distanzierung, indem sie den Körperkontakt mit kranken Menschen auf das notwendigste reduzieren, zumindest diesen nicht als primäre Quelle der Erkenntnis nutzen. Nur für einen Teil der Gesprächspartner mit Gewissheit zu behaupten, ist Sympathie die herausragende Bedingung der Erkenntnis („Ich hatte für die Frau was übrig, ich mag die gern, die Frau“, ebd., S. 125). Leid wird mit dem Patienten zum Teil gemeinsam durchlebt („mitleiden können“, ebd., S. 87), als Minimalanspruch zeigen sich die Dispositionen „Neugier“ (ebd., S. 114) und „das totale Interesse“ (ebd.) am Patienten. Die eigene Motivationslage bei der Patientenbegegnung als „Ehrgeiz“ (ebd., S. 115) beschreibend, ist darüber hinaus auf eine Verfassung verwiesen, die schwierige Situationen als Herausforderung begreift und ihnen als solche begegnet. Eine typische Reaktionsweise auf derartige Anforderungen kann ein umso intensiveres „sich Einlassen“ auf die Problemlage des Patienten, sein, worauf das empirische Material einige Hinweise gibt.

Technik ordnet sich offenbar unter die übergreifende Zielsetzung einer Annäherung an den Patienten, als Unterstützung derer sie als gewinnbringend („Technik, die sehr hilfreich für den Kontakt auch ist, also, die nicht trennt, sondern eher verbindet“, ebd., S. 115) beurteilt wird. Die Ultraschalluntersuchung erweist sich durch den sie einschließenden körperlichen Kontakt als „eine ganz wichtige öffnende Geschichte, wo man also in Gesprächen plötzlich tiefer kommt“, ebd., S. 87). Verdeutlicht wird hiermit nicht nur, dass die grundsätzliche Prämisse des „Zugewendetseins“ Gültigkeit über den unmittelbaren Bereich der primär als Interaktion zwischen Arzt und Patient betrachteten Anamnese hinaus besitzt.

1.1.2 Handlungsfeld Therapie

Eine erste interessante Feststellung gilt bereits der Tatsache, dass allgemein auf die Therapie wesentlich weniger Gesprächszeit entfällt, als auf das Suchen und Stellen der Diagnose. Die Diagnose ist nicht nur handlungsleitend, sondern auch wesentliches Terrain ärztlicher Kompetenz, während die Therapiegestaltung offenbar weniger mit diesem Nimbus behaftet ist

(vgl. Anschütz 1987, S. 2). Nichtsdestoweniger ist die Therapie als zentrales Element ärztlichen Handelns unangefochten. Bei den von Schachtner untersuchten so genannten „Hausärzten“ ist von einer zumindest in einigen Fällen längerfristigen Therapiedauer, wenn nicht sogar mehrere Jahre fortbestehender „*Begleitung*“ des Patienten durch verschiedene Lebensphasen auszugehen. Dem therapeutischen Handeln ist in solchen Fällen zumindest die Möglichkeit zu einer sich nicht ausschließlich auf einen punktuellen Zeitausschnitt bezogenen Intervention immanent.

Bereits die Art der Suche nach der Krankheitsursache wurde als Konsequenz einer bestimmten Auffassung von Gesundheit und Krankheit erkennbar. Weiterhin manifestieren sich in der Therapie verschiedene „Bearbeitungsstile“ von Krankheit. Die von Schachtner bezüglich der Diagnosesuche getroffene Differenzierung der Suche nach „krankmachenden Faktoren“ gegenüber „gesundheitsstabilisierenden/- fördernden Faktoren“²⁵⁴ entfaltet ihre handlungsmotivierende Wirkung sicherlich auch in die Therapie hinein, markiert jedoch keineswegs die im Folgenden weiter vorgenommene Differenzierung zwischen objektivierenden und subjektivierenden Vorgehensweisen.

Anders als die Diagnose, deren Essenz das „Erkennen“ ist, fokussiert die Therapie per definitionem die Handlungsebene. Der Terminus der „Therapiegestaltung“ legt zugleich eine Kontingenz verschiedener Handlungsoptionen nahe. So kann die therapeutische Ausgestaltung eines Heilungs- oder Behandlungsprozesses unterschiedliche Formen annehmen und Schwerpunkte setzen, jedoch zeigt auch sie sich als durch den übergeordneten Handlungsstil weitgehend geprägt. Aufgrund des im Vergleich zum Diagnoseprozess weit weniger umfänglichen Materials wird auf eine Gliederung in weitere Unterdimensionen des Handelns an dieser Stelle verzichtet, statt dessen lediglich pointiert auf Hauptdifferenzierungskriterien verwiesen. Idealtypisch dargestellt werden können erneut zwei konträre Handlungsstile, wobei der objektivierende Handlungsstil in diesem Fall von Vertretern der „standardisierte(n), hierarchisch strukturierte(n) Therapiemuster“ (vgl. Schachtner 1999, S. 142-144) repräsentiert wird, der (konstruierte) Idealtyp des subjektivierenden Handelns sich hingegen aus verschiedenen Therapiestilen zusammensetzt: „emotional-mental orientierte“ (vgl. ebd., S. 135f.) , „leiblich-sinnlich orientierte“ (vgl. ebd., S. 140f.) und schließlich „lebensbewältigungsorientierte“ (vgl. ebd., S. 145f.) Therapiemuster.

Objektivierendes Handeln in der Therapiegestaltung

²⁵⁴Eine tabellarische Gegenüberstellung findet sich bei Schachtner 1999, S.100

Die Zäsur zwischen Diagnosesuche und Therapiebeginn ist durch die Interpretation der medizinischen Befunde markiert, womit sich bereits der Charakter der Sequenzialität des objektivierenden Handelns andeutet, der bezüglich der Vorgehensweise übergreifende Gültigkeit besitzt. Objektivierendes therapeutisches Handeln ist in erster Linie die Feststellung „objektiver“ Patientenmerkmale und deren kausaler Bedeutungszuweisung, die in der Regel mit der Diagnosestellung erfolgt, bezeichnet. Es schließt zumeist an labortechnische Befunde und Normwerte an und basiert explizit auf wissenschaftlich-theoretischem Fachwissen und schulmedizinischen Therapiestandards. Die therapeutische Notwendigkeit leitet sich aus der Differenz zwischen gemessenem organischem Befund und Normwert ab: Abweichende Normwerte sollen mittels standardisierter Therapieschemata („*Schienen*“, ebd., S. 143) in den erwünschten „*Normbereich*“ korrigiert werden (vgl. ebd., S. 161). Diese scharf umrissene Zielvorgabe einer an objektive Messdaten anschließenden Indikation hat ein systematisches, planvoll durchstrukturiertes, „*relativ festes Programm*“ (ebd., S. 143) mit klar gegliederten Handlungsschritten zufolge. Objektivierendes Handeln kann sich demnach offenbar bevorzugt im Anschluss an klar bestimmbare, d. h. präzise quantifizierbare Problemfelder entfalten, im Rahmen derer Krankheit vorrangig als physisch-organisches Defizit des Patienten betrachtet wird (vgl. ebd., S. 163). Folglich werden nur ebensolche Phänomene in den Blick genommen. Hiermit ist eine nur sehr eingeschränkte Nutzung der menschlichen Erkenntnismöglichkeiten angedeutet, die im Sinnbild der „*Schiene*“ zum Ausdruck kommt, nämlich, wie auch Schachtner konstatiert, „dass die nicht-objektivierbaren Seiten einer Krankheit außer Acht gelassen werden“ (ebd., S. 155).

Als Bedingung eines so zu beschreibenden Handelns erscheint eine spezielle Perspektive auf den Patienten: Dieser wurde bereits im Stadium der Diagnosesuche in den Objektstatus verwiesen, den er typischerweise während des Therapieverlaufs beibehält. Hiermit korrespondiert seine überwiegend passive Rolle, die ihm im Rahmen der Arzt-Patient-Begegnung zugewiesen wird. Seine Möglichkeiten der Einflussnahme auf eine einmal gelegte therapeutische „*Schiene*“ sind als gering einzuschätzen, sicherlich nicht zuletzt aus dem Grund, dass auf intensive Interaktion verzichtet wird. Dem Patient muss typischerweise etwas „*klargemacht*“ werden (vgl. ebd., S. 142). Zu einer Selbstkonstruktion als „*Helfer*“ (ebd., S. 174) möglicherweise im Widerspruch stehend, offenbart das empirische Material eine distanzierte Beziehung zum Patienten, die, für diesen Handlungstypus charakteristisch, durch das Streben nach Objektivität und Wissenschaftlichkeit als Handlungsmaxime motiviert ist.

Therapiegestaltung als Subjektivierendes Arbeitshandeln: Beziehung als Handlungsbasis

Das therapeutische Vorgehen zeigt sich beim subjektivierenden Handlungstypus zumeist als Fortsetzung des im Zuge der Diagnosesuche initiierten Austauschprozesses. Eine Zäsur zwischen Diagnose und Therapie als getrennte Handlungsanforderungen ist daher kaum erkennbar. Vielmehr dient die Therapie als eine Art nächste Phase in einem Prozess tiefer gehender Erkenntnis durch weitere Annäherung.

Nicht präzise definierte Informationen über den Patienten, sondern die Beziehung im Arzt-Patient-Verhältnis bildet den Anschlusspunkt des Handelns: „*Es braucht eine Beziehung, um das Problem zu lösen*“ (ebd., S. 145). In einigen Fällen kann bereits der Aufbau einer Beziehung zum Patienten therapeutische Wirkungen zeitigen: So scheint das Prinzip der Zugewandtheit über seine erkenntnisfördernde Funktion hinaus als Therapeutikum auf: „*Wo eine Beziehung möglich ist, ist immer so meine Hoffnung, dass man dann auch noch was rausziehen kann von dem, was da ist*“ (ebd., S. 150). An dieser Stelle wird erneut auch Interaktion als Schlüsselkategorie subjektivierenden Vorgehens erkennbar. Insbesondere die heilkundlich und ganzheitlich-psychotherapeutisch verankerten Handlungstypen, deren Ausrichtung eine langfristige Therapie mit intensiver Beziehung zum Patienten erfordert (vgl. ebd., S. 137), zielen anstelle einer punktuellen therapeutischen Intervention auf einen im Rahmen der Gesundheit zu durchlaufenden Prozess, der typischerweise nicht eingleisig, sondern nach dem Prinzip des „*eine Entwicklung miteinander machen*“ (ebd., S. 150) verläuft. Charakteristisch hierfür ist, dass die Integration einer in hohem Maße unscharfen Ausgangssituation vermittelt ebenso vager Zielhorizonte wie „*Abwehr stärken*“ (ebd., S. 137) bzw. die Dauerhaftigkeit der Beziehung stärker akzentuierend, „*Entwicklung ermöglichen*“ (ebd., S. 112) gelingt.

Das Vorliegen einer endgültigen Diagnose als Handlungsvoraussetzung ist im Unterschied zu den objektivierenden Handlungstypen, deren Programm sich nur an eine konkrete Definition anschließen kann, keine Voraussetzung, sondern eher die Ausnahme. Orientiert werden kann sich stattdessen an „*diffuse(n) leiblich-emotionale(n) Zustände(n)*“ (ebd., S. 142), die im Rahmen einer komplexen sinnlichen Wahrnehmung zugänglich gemacht werden. Hierzu zählt auch explizit das subjektive Patientenbefinden, welches für den objektivierenden Handlungstypus neben „*objektiven Daten*“ eher eine randständige Rolle spielt.

Die handlungsleitende Prämisse der Nähe zum Erkenntnisgegenstand besitzt Gültigkeit für alle subjektivierendes Handeln einschließenden Therapiemetaphern. Zu differenzieren ist jedoch hinsichtlich der gewählten Methode, mittels derer Nähe hergestellt wird: Während sich „*mental-emotionale*“ Verfahren auf einen als psychotherapeutisch zu beschreibenden verbalen Austausch fokussieren, beschreiten „*leiblich-sinnliche*“ Handlungstypen den Weg einer kör-

perlichen Annäherungen an den Patienten. Eine dialogisch-interaktive Vorgehensweise ist beiden gemein- entweder durch das Medium der Körperarbeit („*etwas ins Fließen bringen*“, ebd., S. 140) oder über einen „*anderen Kontakt, einen innerlichen Kontakt*“, ebd., S. 83) in Form eines „Dialogs“.

Die Zentralstellung von Austausch und Interaktion lässt die Wissensebene scheinbar in den Hintergrund treten. Jedoch spielen Prozesse des „gefühlten Wissens“ auch in der Therapiegestaltung eine tragende Rolle: Die Ärztin „spürt, „*dass da irgendwas Fiedriges und irgendwas Strahlenderes ist*“ und interpretiert diese in ihrem Referenzsystem als positive Signale bewerteten Patientenmerkmale als Bestätigung für den von ihr eingeschlagenen therapeutischen Weg. Weiterhin wird die Bedeutung der mitunter praktizierten „Abweichung vom universitären Wissen“ evident: Auf Basis „der Summe der in der Praxis gemachten Erfahrungen“ werden personengebundene Handlungsstrategien erworben, die es ermöglichen, den konkreten Fall vor dem Hintergrund bereits in der Praxis „erfahrener“ Krankheitsverläufe bewerten zu können. (vgl. ebd., S. 153).

1.1.3 Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses

Durch die handlungstheoretische Analyse konnte die unterschiedliche Prominenz der „Beziehungsebene“ bei den beiden identifizierten idealtypischen Handlungsstilen als eine, noch dazu besonders bedeutsame, Dimension zur Unterscheidung objektivierender und subjektivierender Handlungsweisen bestimmt werden. Die Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses ist somit auch als Konsequenz eines objektivierenden oder subjektivierenden Handlungsstils einzuordnen. Die Ebene der Beziehungsgestaltung ist von besonderem Interesse, da sie die klassische professionssoziologische Kategorie „Arzt-Patient-Verhältnis“ und hiermit die Frage typischer Rollenwahrnehmungen von Arzt und Patient, die wie oft konstatiert, einem Wandel unterliegen sind, berührt. Im Folgenden soll den Praktiken der Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses und ihren möglichen Implikationen in Bezug auf diese Fragestellung daher ein genauerer Blick gewidmet werden.

Von Schachtner deutlich gemacht wird der Interaktionstil des Arztes als Resultat seiner jeweiligen handlungsleitenden Schlüsselmetapher. Mit Verweis auf die interaktionstheoretischen Arbeiten von Strauss und Goffman untermauert Schachtner die Dynamik des Aushandlungsprozesses zwischen Arzt und Patient wie auch die Bedeutung einer Interaktionsordnung (vgl. ebd., S. 168). Zwar stellen die Metaphern die Grundlage und den Rahmen für bestimmte, relativ persistente Interaktionsarrangements, was jedoch nicht bedeutet, dass diese als statisch

determiniert zu begreifen sind. So enthüllt Schachtners Empirie auch Abweichungen und Variationen, die dem Umstand der situativen, dynamischen Konstruktion von Interaktionsprozessen geschuldet sind. Die aufgrund konträrer Positionen zwischen Arzt und Patient von einem Gesprächspartner im Laufe einer Interaktion vollzogene Rollenmetamorphose vom „*Schulmediziner*“ hin zum „*Helper*“ exemplifiziert dieses Phänomen (vgl. ebd., S. 174).

Der Großteil der von Schachtner identifizierten sechs Beziehungstypen erweist sich, wie im Folgenden zu zeigen ist, als hoch kompatibel mit einem subjektivierenden Handeln bzw. als Ausdruck und Ergebnis eines solchen.

1.1.3.1 Das Arzt-Patient-Verhältnis im Rahmen objektivierenden Arbeitshandelns

Als zugespitzte idealtypische Ausprägung eines im Rahmen objektivierenden Handelns zu verortenden Beziehungstyps kann das „Aktiv-passiv-Modell“ (vgl. ebd., S. 171-175) gelten: Das wesentlichste Merkmal eines solchen Modells besteht in der diametralen Rollenausübung des Arztes als aktivem „regieführendem“ Part und des Patienten als passivem Empfänger ärztlicher Fragen und Weisungen („*Hirtenbrief*“, ebd., S. 143), was sich auch in der Beschreibung des Ablaufs der körperlichen Untersuchung durch den Gebrauch von Passivformen zum Ausdruck kommt (Patient *wird* gastroskopiert, *wird* hingelegt). Die Interaktion zwischen Arzt und Patient, die im Sinne eines agierenden Arztes auf der einen, eines reagierenden Patienten auf der anderen Seite typischerweise unidirektional strukturiert ist, erfüllt im Rahmen einer solchen Rollenausübung die Funktion einer (reinen) Faktengenese. Als „Fakten“ gelten hierbei in erster Linie medizinische Hardfacts, handfeste Befunde, an welche ein regelgeleitetes Handeln anschließen kann. Hiermit ist bereits auf eine für dieses Modell charakteristische, die aktiv-passiv-Konstellation reflektierende „Top-down“-Kommunikationsstruktur verwiesen, die sich weiterhin in die körperliche Untersuchung hinein verlängert. In dieser hat der Patient den Status „Untersuchungsobjekt“ inne, wodurch sich der Arzt psychischen Appellen des Patienten entziehen kann.

Als in dieser Hinsicht ähnlich strukturiert erscheint das von Schachtner identifizierte „Angriff-Abwehr-Modell“ (vgl. ebd., S. 189-193). Der hierin geschilderte Fall eines Konflikts während des Therapieverlaufs weist darüber hinaus die Besonderheit des Scheiterns einer Arzt-Patient-Beziehung auf, in welcher der Patient aus dem ihm zugeschriebenen Objekt-Status ausbricht, eine neue Beziehungskonstellation nicht mehr gefunden werden kann.

1.1.3.2 Das Arzt-Patient-Verhältnis als Medium subjektivierenden Handelns

Eine emotional motivierte Beziehung zum Patienten konnte bereits als zentrales Erkenntnismedium sowohl im Prozess der Diagnosesuche als auch während der Therapiegestaltung verdeutlicht werden. So zeichnen sich die im Modus subjektivierenden Handelns agierenden Ärzte durch eine spezifische Rollenwahrnehmung hinsichtlich der Bezugnahme auf den Patienten aus, indem sie das übergreifende Merkmal der „Nähe zum Patienten“ aufweisen. Wie das empirische Material zeigt, kann eine Zentralstellung der Beziehungsebene im Rahmen verschiedener Beziehungsmuster auf unterschiedliche Weise realisiert werden.

Vor allem das „Identifikationsmodell“ (vgl. ebd., S. 193-197) erfordert Fähigkeiten des subjektiven, identifikatorischen Nachvollzugs („*rausfühlen*“) mit dem Ziel des „Eintauchens in die Empfindungswelt des Patienten“. Das Wesen ihres Bezugs zu Patientinnen beschreibt eine Ärztin als „*manchmal vielleicht auch ein bisschen freundschaftlicheren Kontakt (...) oder wir fühlen uns auch als beratende Freundin*“. Auf Abgrenzungsschwierigkeiten, von der Ärztin als ‚typisch weibliches‘ Phänomen auch kritisch thematisiert, verweist die Aussage: „*Wir tragen auch manchmal schwerer an dem Schicksal, (...) tun uns auch schwerer, die notwendige Distanz zu halten. (...) Frauen, also die sind etwas verbändelter.*“ Die emotionale Nähe zum Patienten wird an dieser Stelle jedoch offenbar höher bewertet, der Preis der eigenen Belastung hierfür in Kauf genommen. Der Gebrauch von Wir-Formen, der auch bei anderen stark subjektiv involvierten Handlungstypen auffällt, indiziert eine weitgehende Perspektivenübernahme: Arzt und Patient agieren in Kooperation im Rahmen eines gemeinsam definierten Zielhorizonts, der gerade nicht im Erreichen eines objektiv definierten Gesundheitszustands besteht, sondern das gemeinsame, partnerschaftliche Erarbeiten einer individuellen Bewältigungsstrategie zentral stellt.

Ein derart ausgeprägtes Maß an persönlichem Engagement ist im „Kooperationsmodell“ (vgl. ebd., S. 180- 184) nur bedingt zu erwarten. So legt die Praxis des „*sich unterhalten*“ eine gleichberechtigte Beziehung nahe, die dem Patienten als ebenbürtigem Partner Subjektcharakter einräumt. Hierbei konstruiert sich der Arzt auch als begleitend („Geländer“), während dem Patienten durchweg Aktivität zugestanden wird. So findet die Interaktion, explizit auch auf Wissensebene, mit dem Patienten als „Wissendem“ um seine Krankheit statt. Diesen Aspekt betreffend erscheint das „Verhandlungsmodell“ (vgl. ebd., S. 185-189) als eng verwandt: Die Anamnese ebenfalls als „*sich unterhalten*“ charakterisierend, setzen beide Modelle auf eine Beziehung auf Augenhöhe, wobei im Verhandlungsmodell auf dem Merkmal des Aushandelns, dem „*Geben und Nehmen*“ sowie dem Erarbeiten einer Kompromisslösung, ein stärkerer Akzent liegt. Hier gerät verstärkt der Patient als handlungsmächtiges Subjekt in den Blick,

mit dem eine intensive Auseinandersetzung geführt wird. Diese Ebene (des mitunter auch Konflikts) wird im „Führungs-Kooperationsmodell“ (vgl. ebd., S. 175-180) vermieden: Trotz interaktiver und empathischer Ausrichtung verbleibt im Rahmen dieses am stärksten „paternalistisch“ (siehe dazu B 2.3.1.) geprägten Arzt-Patient-Verhältnisses das letzte Wort beim Arzt. Die darin enthaltene normative Rollenerwartung der „compliance“ an den Patienten verweist auf die prinzipielle Möglichkeit einer asymmetrischen Ausgestaltung dieser speziellen Beziehungskonstellation, von welcher, so legt das empirische Material nahe, die subjektivierenden Handlungstypen jedoch zugunsten eines Erkenntnisgewinns deutlich seltener Gebrauch machen.

Trotz dieser Differenzen bezüglich der Rollenwahrnehmung seitens des Arztes gemein ist allen Modellen – wenn auch in unterschiedlich starker Ausprägung- die Betrachtung der Patienten als „Mitwirkende im Interaktionsgeschehen“ (ebd., S.197), wodurch gleichzeitig ein herausragendes Charakteristikum einer im Rahmen eines subjektivierenden Arbeitshandelns geprägten Beziehung resümiert ist.

1.1.4 Resümé der Studie

Grundsätzlich für alle Handlungsbereiche gilt, dass die von Schachtner identifizierten Metapherotypen in unterschiedlicher Ausprägung subjektivierende und objektivierende (standardisierende, normierende, schematisierende) Anteile enthalten. Das Spektrum reicht von Vertretern eines ganzheitlichen Ansatzes, über viele dazwischen liegende Mischformen bis hin zum entgegengesetzten Pol des schematisch agierenden Strukturtyps. Das Gros der untersuchten Ärzte, die allesamt niedergelassene Allgemeinmediziner sind, bietet, wie durchaus theoriekonform zu konstatieren ist, zahlreiche Beispiele für ein als subjektivierend zu beschreibendes Arbeitshandeln, während sich nur zwei Subtypen durchgehend bis überwiegend als objektivierend Handelnde selbstbeschreiben. Um eventuell denkbaren Missverständnissen vorzubeugen sei darauf verwiesen, dass der subjektivierend handelnde Arzt durchaus über logisch-rationale Kompetenzen verfügt, die er in den Diagnoseprozess einbringt, diese Handlungsweisen jedoch offenbar subjektiv weniger im Vordergrund stehen, das Selbstbild entsprechend weniger über sie konstruiert wird.

Eine erste wesentliche Feststellung gilt der Tatsache, dass der überwiegende Teil der von Schachtner untersuchten Ärzte im Diagnoseprozess nach den Prinzipien subjektivierenden Arbeitshandelns verfährt. Durch die Analyse anhand der Dimensionen subjektivierenden

Handelns konnten einzelne Aspekte und Merkmale ärztlicher Professionalität als Elemente eines kohärenten Handlungsstils bestimmt werden.

Die Orientierung an objektiven Daten und streng sequentiell gegliederten Handlungsabläufen, die Befürwortung standardisierter Verfahren sowie eine asymmetrisch-distanzierte Ausgestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses können vorerst als Hauptmerkmale objektivierenden ärztlichen Handelns festgehalten werden. Hierbei zeigen sich die genannten Handlungselemente als wechselseitig bedingt: Die Bevorzugung „harter“ objektiver Daten durch den objektivierenden Handlungstyp geht einher mit einer weitgehenden Ausblendung der Subjektivität und so auch des subjektiven Krankheitsempfindens des Patienten- als „gültig“ wird erst das im Rahmen der Befunderhebung objektivierte Wissen betrachtet. Dieses weist eine hohe Kompatibilität mit standardisierenden Elementen („*Anamneseband*“, ebd., S. 107) auf, die als geeignet erscheinen, den Patienten in seiner Objektivität zu zementieren.

Als Gegenmodell hierzu zeigt das empirische Material Schachtners den ärztlichen Erkenntnisprozess im Rahmen subjektivierenden Handelns in erster Linie als „*In-Beziehung-treten mit dem Patienten*“ an (ebd., S. 158) und benennt damit zugleich den Kern eines subjektivierenden ärztlichen Handelns, dessen Voraussetzung wie auch heuristische Strategie eine stark interaktive Ausrichtung des Arbeitshandelns ist. Orientiert an den Erfordernissen eines „Handeln am Menschen“ bzw. dem „Erkenntnisgegenstand Patient“ müssen Handlungsabläufe individuell und situativ angepasst werden und können demnach kaum starren Regeln folgen. Stattdessen gilt das „Prinzip der offenen Planung“, realisiert durch Strategien des schrittweise-explorativen und dialogisch-interaktiven Vorgehens.

Von der modernen professionellen Selbstbeschreibung abweichend, werden vorwiegend nicht theoretisches Fachwissen oder kognitive Kompetenzen als notwendige Fähigkeiten ärztlichen Handelns hervorgehoben²⁵⁵. So sind es auch offenbar nicht (nur) die „objektiven“, wissenschaftlich abgesicherten Tatsachen in Form von statistischen Normwerten und Laborergebnissen, die im Prozess der Diagnosestellung handlungsleitend sind. Die Exploration der „Suchstrategien“ der subjektivierenden Handlungstypen erbringt einen zentralen gemeinsamen Nenner: Als handlungsrelevante Schlüsselkategorie innerhalb des Diagnoseprozesses erscheint der „(erste) Eindruck“, den der Arzt vom Patienten gewinnt und an den das weitere Handeln anschließt. Dass dieser äußerst diffuse und oftmals kaum begründbare Zustand eines

²⁵⁵ So wird von Schachtner mit der „Fähigkeit der Urteilskraft“ als „flexibler“ und „respektloser“ Umgang mit Theorie der Kern professionellen Handelns benannt (vgl. ebd., S. 154).

„Eindrucks“ offenbar handlungsleitend ist, muss als radikaler Kontrapunkt zur gängigen professionellen Selbstbeschreibung eines wissenschaftlich-präzisen Handelns betrachtet werden.

Vielmehr dominieren Prozesse der komplexen sinnlichen Wahrnehmung und der Empathie sowie ein mehr oder weniger intensiv ausgeprägtes „Zugewendetsein“ zum Patienten als alle Handlungsvollzüge überlagernde Grundhaltung. Haltungen der „Achtsamkeit“ und der Empathie fungieren hierbei als wesentliche Medien zur Dechiffrierung der oftmals nonverbalen Botschaften. Sie bilden die Voraussetzung zur korrekten Interpretation der „Aussagekraft von Körperhaltungen, Gesten, Blicken, die die verbalisierten Symptome stumm kommentieren“ (ebd., S. 154). Schon Schachtners eigenes Resümé: „Die Beziehung ist das zentrale Medium im Prozess der Diagnosesuche“ (ebd., S. 114) hebt den Stellenwert „weicher“ Faktoren bzw. nicht-eindeutig definierter Informationen im Interaktionsprozess zwischen Arzt und Patient während der Diagnosefindung hervor. Vor allem in diesen Zusammenhängen geraten Phänomene gefühlten Wissens, gelegentlich als „Intuition“ angeführt, in den Blick. Verwiesen wird abschließend auf die Bedeutung von „erfahrungsgestützte(n) intuitive(n) Fähigkeiten zur Deutung der naturgemäß unscharfen Signale“ (ebd., S. 128). Ein hoher Stellenwert der beiden- an dieser Stelle noch nicht weiter analytisch ausdifferenzierten- Phänomene „Intuition“ und „Erfahrung“, wie auch der Sinne in ihrer „erkenntnisfördernde(n) Funktion“ (ebd., S. 124) ist für einen breiten Querschnitt der subjektivierenden Handlungstypen zu konstatieren.

Zu betonen ist weiterhin die herausragende Prominenz der Anamnese bzw. genereller des Gesprächs mit dem Patienten für den Prozess der Diagnosefindung. Aussagen wie: „*ich hab total den Ehrgeiz, wenn ein Patient kommt, dass ich nach dem Gespräch (...) einen mehr oder weniger harten Verdacht hab*“ (ebd., S. 115) untermauern die traditionelle Annahme des ausführlichen Anamnesegesprächs als Kern ärztlicher Kunst.

Die Gestaltung der therapeutischen Praxis zeigt sich in der handlungstheoretischen Analyse zumeist als Kontinuum des im Rahmen der Diagnosefindung beschrittenen Wegs. Für die subjektivierenden Handlungstypen erfolgt dies als Fortsetzung der Austauschbeziehung mit dem Patienten im Sinne einer entwicklungsorientierten Prozessbegleitung.

Als herausragendes Differenzierungsmerkmal objektivierender und subjektivierender Therapiestile kann – wie auch schon bei der Diagnose - in erster Linie der Handlungsanschluss an „objektive“ Messwerte und Normdaten oder an „weiche“ Patientenmerkmalen gelten. Für den subjektivierenden Handlungstypus zeigen sich erneut die Schlüsselkategorien „Beziehung“, „Interaktion“ und Nähe zum „Erkenntnisgegenstand Patient“ als zentrale Medien des Austauschprozesses zwischen Arzt und Patient. Im Rahmen einer Bezugnahme auf die „Dynamik der individuellen Problemlage“ des „Subjekt Patient“ richtet sich die therapeutische Praxis

auf „*die Geschichte, die die Patientin jetzt zu mir hereingetragen hat, mit ihrer Person, ihrem Körper*“ (ebd., S. 152).

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit vorgenommene Neustrukturierung der Befunde Schachtners lenkt den Blick auf grundlegende Gemeinsamkeiten der im Rahmen subjektivierenden Handelns zu klassifizierenden Beziehungsmuster. Die einzelnen Interaktionsmodelle akzentuieren jeweils unterschiedliche Aspekte subjektivierenden Handelns. Eher auf subjektiven Nachvollzug stellt das „Identifikationsmodell“ ab, während das „Kooperationsmodell“ und das „Verhandlungsmodell“ verstärkt auf dialogisch-interaktiven Austausch setzen. Deutlich wird hierdurch, dass subjektivierendes ärztliches Arbeitshandeln grundsätzlich mit verschieden interpretierten Rollenwahrnehmungen seitens des Arztes kompatibel sein kann. Gemein ist den vorgestellten Beziehungsmodellen jedoch die grundsätzliche Bezugnahme auf den Patienten als (tendenziell gleichgestelltes) Subjekt. Charakteristisch für diese Typen von Arzt-Patient-Beziehungen erscheint eine bidirektionale Austauschbeziehung, in der der Patient seinen angestammten passiven Platz (Patient = der Leidende, der Erduldende) verlässt. Auch auf Wissensebene deutet sich an, dass das subjektive Wissen des Patienten über den eigenen Körper eine Kategorie ist, die neben oder zusätzlich zu Formen professionellen Wissens Relevanz besitzt und die in den durch subjektivierendes Handeln geprägten Interaktionsmodellen Raum erhält.

1.2 Reflexionen zur Studie „Ärztliche Praxis“ und Anknüpfungspunkte für die eigene empirische Untersuchung

Als Pionierleistung Schachtners ist hervorzuheben, dass durch eine offene Exploration der ärztlichen Praxis die Pfade der traditionellen ärztlichen Expertiseforschung verlassen werden, der Gegenstand so für eine phänomenologische Betrachtung der menschlichen, hier speziell der ärztlichen, Befähigung zu Erkenntnis und Wahrnehmung geöffnet wird. Die von Schachtner entdeckten Metaphern, die sie als „Grundstein für Expertise“ (ebd., S. 229) deutlich macht, verweisen als Denk- und Handlungsmuster durch ihre Einbettung in lebensweltliche Kontexte auf die Komplexität des ärztlichen Erkenntnisvorgangs, dessen Wesen vielfach reduzierend als rein rational oder gar wissenschaftlich bestimmt wird. Zu einer solchen Konzeption ärztlicher Expertise im diametralen Widerspruch stehend ist Schachtners „Schlussplädoyer“ zu sehen, in welchem sie resümierend den exponierten Stellenwert der Erkenntnismedien „Interaktion“, „körperlicher Empfindungen“ und „Empathie“ betont, dem „Leib“ „ungleich komplexere Erkenntnischancen“ gegenüber einem „technischen System“ einräumt und

hierin die wesentliche „Differenz zwischen Mensch und Maschine“ (ebd., S. 232) benennt. Diesen keineswegs im Spektrum planmäßig-objektivierenden Handelns zu verortenden menschlichen Fähigkeiten zur Interaktion, Empathie und zur sinnlichen Wahrnehmung ist der Status wissensgenerierender Leistungen zuzuerkennen, die sich nicht nur nicht durch Technik ersetzen lassen, sondern einen alternativen und gleichberechtigten Zugang zur Wirklichkeit darstellen. Hiermit ist eine deutliche Abgrenzung bzw. Erweiterung zur kognitiven Expertiseforschung benannt, die lediglich isolierte Aspekte, Eigenschaften und Merkmale, die mit dem Begriffsinstrumentarium einer rationalistischen Konzeption des Menschen benannt werden können, in den Blick nimmt. So untermauert Schachtners Studie nachhaltig, dass ärztliches Handeln im dominierenden rationalen Arbeitsbegriff „nicht aufgeht“, „dass die Bearbeitung von Krankheit vielmehr zusätzliche und oft gegenteilige Bezüge, Orientierungen und Kompetenzen erfordert“ (ebd., S. 63).

Als einschränkend, quasi „blinder Fleck“ des Forschungsdesigns, ist ohne hierdurch die Relevanz der vorgestellten Befunde zu relativieren, anzuführen, dass die Methode der Metaphernanalyse, deren Stärke in ihrem offenen, explorativen Charakter zu sehen ist, keine systematische Analyse der ärztlichen Tätigkeit leisten kann. So ist anzunehmen, dass z. B. von den Vertretern der „beziehungsorientierten Suchverfahren“ die für ihr Handeln konstitutiven Aspekte verstärkt in den Vordergrund gestellt werden. Nur cursorisch wird im Rahmen der Darstellung der Metapherntypen auf alternative Erkenntniswege verwiesen, die, wenn auch untergeordnet, offenbar ebenfalls beschränkt werden.

Fokus und Ziele der vertiefenden empirischen Untersuchung

Durch die Sekundäranalyse der von Schachtner entdeckten handlungsleitenden Metaphern konnten bereits grundlegende Konturen eines objektivierenden bzw. subjektivierenden ärztlichen Handlungsstils bestimmt werden. Offen bleiben jedoch im Hinblick auf die Frage nach dem Wesen der ärztlichen Kunst einige zentrale Fragen.

Näher zu beleuchten sind die jeweiligen Kontextbedingungen objektivierenden und subjektivierenden Handelns, die bei Schachtner nicht untersucht wurden und so der Handlungsstil des Arztes als beliebige Wahl erscheint. Zu hinterfragen ist in der vertiefenden Untersuchung daher, durch welche persönlichen und situativen Faktoren die verschiedenen Handlungsstile der Akteure mitbestimmt sind. Ergänzend werden daher in Erwartung neuer Erkenntnisse, u. a. mit dem Ziel einer möglichen Kontrastierung des von Schachtner betrachteten sehr homogenen Samples, Ärzte und Ärztinnen verschiedener fachlicher Herkunft und Altersstufen berücksichtigt. Auch mit der systematischen Gegenüberstellung der professionellen Hand-

lungsweisen von erfahrenen und weniger erfahrenen Ärzten wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit empirisches Neuland betreten.

Weiterhin erscheint eine Reduktion der dem subjektivierenden Handlungstypus zugewiesenen Metapherotypen auf ein ausschließlich diesen entsprechendes Handeln problematisch. Nicht ausreichend geklärt werden konnte im Anschluss an Schachtners Befunde z. B. die Bedeutung formaltheoretischer Konzepte für die subjektivierenden Handlungstypen wie auch deren Umgang mit „objektiven“ und technisch generierten Daten. Im Hinblick auf eine weitere Annäherung an das Konzept der ärztlichen Kunst erscheint es daher zielführend, die Komplexität des Interdependenzverhältnisses von theoretischem und praktischem Wissen, das nur wenig beleuchtet wird, stärker in den Blick zu nehmen. In diesem Zusammenhang erscheint auch eine Verortung der noch zu wenig systematisierten Formen impliziten Wissens der Erfahrung, der „Intuition“, des „Eindrucks“ und anderen Varianten „gefühlten Wissens“ im „Set“ ärztlicher Expertise angezeigt, wobei auch sie weiterer empirischer Präzisierung bedürfen. Nicht zuletzt im Umgang mit heterogenen Informationsquellen ist ein entscheidender Aspekt ärztlicher Professionalität zu vermuten. Da den von Schachtner interviewten Ärztinnen und Ärzten keineswegs „Technikfeindlichkeit“ zu unterstellen ist, erscheint auch der Bereich des Umgangs mit moderner und komplexer Medizintechnik deutlich unterreflektiert.

Nicht vollständig bestimmbar ist demnach auf der bisherigen empirischen Grundlage das Wesen der ‚ärztlichen Kunst‘ wie auch das Spektrum der Fähigkeiten und Kompetenzen des ‚guten Arztes‘. Die weitere Vertiefung der Analyse ärztlichen Handelns und deren Rückbindung an konkrete Kontextbedingungen sowie eine präzisierende Aufschlüsselung ärztlichen Handelns in Bezug auf konkrete Handlungsanforderungen sollen hierüber zusätzlichen Aufschluss geben. Der bei Schachtner pauschal betrachtete Handlungsbereich der Diagnose ist daher hinsichtlich seiner einzelnen Handlungselemente differenzierter zu analysieren. Fokussiert werden im Rahmen einer systematischen Untersuchung die als Elemente des Handlungsbereichs Diagnose zu betrachtenden Felder des ärztlichen (Erst-) Gesprächs, der körperlichen Untersuchung, der Nutzung von Medizintechnik und der Gestaltung des weiteren Diagnoseprozesses²⁵⁶ und sowie in einem zweiten Analyseabschnitt das Feld der Therapie. Durch diese analy-

²⁵⁶ Die Anamnese bildet (als „Sondierungsphase“) den ersten Schritt innerhalb des Diagnoseprozesses und ist analytisch aus diesem nur um den Preis einer künstlichen Trennung herauszulösen. Gegen eine analytische Trennung des Diagnoseprozesses kann möglicherweise eingewendet werden, dass eine trennscharfe Unterscheidung einzelner Tätigkeitselemente in der ärztlichen Praxis schwierig ist, da Arbeitsanforderungen zumeist fluide Übergänge aufweisen, wie z. B. die häufige Verschränkung von Diagnose und Therapie in der ärztlichen Praxis zeigt - oder, vor allem beim subjektivierenden Handlungstypus, stellenweise sogar völlig verschmelzen. Die Möglichkeiten der Darstellung der in der Realität nur schwer abgrenzbaren Abläufe der ärztlichen Praxis reflektierend, bezeichnet

tische Ausdifferenzierung der einzelnen Handlungsbereiche sollen jeweils charakteristische Aspekte der einzelnen Felder herauskristallisiert werden, ohne dabei jedoch übergreifende Handlungskontexte auszublenden.

Problemfeld struktureller Wandel

Weiterhin sollen im Anschluss an die handlungstheoretische Re-Interpretation von Schachtners Studie bestimmte Problemfelder gezielt fokussiert werden. Als unverzichtbar erscheint vor dem Hintergrund der derzeitigen Umbrüche innerhalb des Gesundheitssystems eine Mitbetrachtung des strukturellen (so des sozialen und technischen) Umfelds ärztlicher Praxis. Schachtner verweist bereits auf die Relevanz ihrer Befunde hinsichtlich der anhaltenden „Rationalisierung ärztlicher Praxis mit dem Ziel der Kostendämpfung“ (ebd., S. 64.). Es ist anzunehmen, dass empirisch identifizierbare ärztliche Handlungsstile sich nicht untangiert von den jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen entfalten sondern bestimmte Voraussetzungen benötigen. So benennt Schachtner explizit das ausreichende Vorhandensein von Zeit als Rahmenbedingung für den Erkenntnisprozess (vgl. ebd., S. 132). Allein der Beziehungsaufbau zum Patienten bedeutet einen „Zeitaufwand“, der mit besonderen Erkenntnischancen belohnt wird, jedoch vor dem Hintergrund von Rationalisierungsprozessen nicht immer geleistet werden kann. Kritisches Augenmerk ist in diesem Zusammenhang auf die in ihren Auswirkungen als problematisch einzuschätzende Tendenz der Formalisierung des ärztlichen Handlungsfelds infolge der makrostrukturellen Entwicklungen der Verwissenschaftlichung, Technisierung und Ökonomisierung zu lenken. Prozesse der Standardisierung von Diagnose und Therapie finden bei Schachtner keine explizite Berücksichtigung. Lediglich warnt Schachtner vor einer einseitigen Orientierung an „allgemeinen Verfahrensritualen“ und der Entfernung „vom Individuellen“ (ebd., S. 196), als Gefahr für den ärztlichen Erkenntnisprozess. Der vieldiskutierten Problematik der zunehmenden Technisierung des ärztlichen Handelns wird im empirischen Material Schachtners auf eine interessante Weise begegnet, indem die Metaphern bestimmte Auffassungen des menschlichen Körpers und seiner Funktionsweisen offenbaren, mit denen Techniknutzung auf jeweils verschiedene Weise kompatibel ist. Technik muss folglich keineswegs als Sachzwang im Sinne einer einseitigen Begünstigung objektivierenden Handelns auftreten, sondern beinhaltet durchaus Kontingenzen, die im Rahmen subjektivierenden Arbeitshandelns erkennbar werden. Diese ersten Hinweise auf externe, möglicherweise sachfremde Einflussfaktoren auf das ärztliche Handeln sowie die

Schachtner selbige als „ganzheitliches Gebilde, das sich gegen eine analytische Betrachtung, wie sie der Wissenschaft zueigen ist, sträubt“ (Schachtner 1999, S. 134).

Umgangsweisen der Akteure mit diesen sind im Zuge der empirischen Untersuchung zu vertiefen.

Zudem erscheint vor dem Hintergrund institutionellen Wandels und der vielfach konstatierten „Entfremdung“ im Arzt–Patient–Verhältnis selbiges in seiner tradierten Funktion bedroht. So gibt es in Schachtners Empirie einige Hinweise darauf, dass auch die ärztliche Rollenwahrnehmung durch die Vorgaben einer ökonomisierten Medizin beeinträchtigt²⁵⁷, infolgedessen möglicherweise einer nachhaltigen Modifikation ausgesetzt ist. Wenn auch das Arzt-Patient-Verhältnis ein beliebter Gegenstand soziologischer Forschung ist, wird es im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht separat analysiert. Durch die in der empirischen Analyse vorgenommene Fokussierung der „Bearbeitungsebene“ ärztlichen Handelns werden lediglich die für die „Substanz“ des ärztlichen Arbeitshandelns relevanten Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion aufgegriffen.

²⁵⁷ So beschreibt ein Arzt seine Situation sehr bildlich als „Eingekeitsein“ zwischen Sparbeschlüssen der Gesundheitsreform und der Anspruchshaltung der Patienten, beklagt „rigorose, starre Hecken-schnitte, die von heute auf morgen eine andere Behandlung vorschreiben“ (ebd., S. 83).

2 Das empirische Vorgehen und die Darstellung der Ergebnisse

2.1 Konzeption und Rahmenbedingungen der empirischen Studie

Mit dem Zielhorizont einer empirischen Exploration der ärztlichen Kunst im 21. Jahrhundert liegt der Untersuchung ein qualitativer Forschungsansatz zugrunde. Dieses Vorhaben wurde in der vorliegenden Arbeit zunächst durch umfängliche Literaturlarbeit vorbereitet, die einen informierten Zugang zu dem zu fokussierenden Gegenstand ermöglichte. Es zeigte sich, dass sich der Begriff ‚Ärztliche Kunst‘ auf bestimmte Aspekte des ärztlichen Handelns und Wissens bezieht, deren Qualität noch zu unbestimmt erschien. Durch die als weitere Annäherung an das untersuchte Phänomen angelegte systematisierende Zusammenschau unterschiedlicher Sichtweisen auf das ärztliche Handeln aus historischer, expertisetheoretischer und professionssoziologischer Perspektive sowie durch ausgewählte empirische Befunde zur ärztlichen Praxis konnten zahlreiche Hinweise auf ärztliche Handlungsweisen, die Abweichungen von einem planmäßig-rationalen Handeln erkennen lassen, gesammelt werden. Ziel der empirischen Untersuchung ist es, diese oftmals unverbunden und isoliert beschriebenen Elemente des ärztlichen Handelns systematisch empirisch zu fundieren und auf Grundlage des Konzepts des subjektivierenden Arbeitshandelns handlungstheoretisch zu verorten.

Mit der handlungstheoretischen Analyse der ärztlichen Praxis mithilfe des Konzepts des subjektivierenden Handelns wird auf ein etabliertes theoretisch-empirisches Instrumentarium zur Erfassung menschlichen Arbeitsvermögens zurückgegriffen. Hierbei ist es als Vorteil zu betrachten, dass auf Grundlage umfangreicher empirischer Forschung in verschiedenen Arbeitsfeldern ein ausdifferenziertes Kategoriensystem zur Erfassung der typischen Merkmale und Charakteristika objektivierenden und subjektivierenden Handelns zur Verfügung steht. Diese aus der Analyse anderer, vorwiegend industrieller Handlungsfelder entwickelten theoretischen Kategorien sind nun auf den bislang nicht unter dieser theoretischen Perspektive betrachteten Forschungsgegenstand anzuwenden.

Als ein erster „empirischer Baustein“ konkretisierten die Ergebnisse der Sekundäranalyse zu „Ärztliche Praxis“ (Schachtner 1999) die theoretischen Vorannahmen bezüglich der zentralen Forschungsfrage insofern, als dass sich im empirischen Material anhand der einzelnen Di-

mensionen des Handlungskonzepts zwei idealtypische komplementäre Handlungsstile identifizieren ließen, sich somit die Anbindung an das handlungstheoretische Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns als sinnvoll und gewinnbringend erwies. Folglich existierten im Anschluss an diese Vorarbeiten bereits grundlegende Vorstellungen über das ärztliche Arbeitshandeln, deren weitere empirische Fundierung und Präzisierung einen Schwerpunkt der Untersuchung bildete.

Eine darüber hinaus gehende Anforderung an die empirische Untersuchung bestand darin, die zu generierenden Erkenntnisse in Bezug zu den hoch dynamischen Kontextbedingungen des konkreten Arbeitsfeldes zu stellen. Hinsichtlich dieser Fragestellungen konnte aufgrund der in Kapitel A geleisteten Aufarbeitung der makrostrukturellen Entwicklungstendenzen die Hypothese einer „Überformung“ ärztlichen Handelns – sowohl durch die einzelnen Makrodynamiken als auch durch deren Zusammenwirken im Sinne einer nachhaltigen Formalisierung ärztlichen Handelns - gebildet werden. Im Rahmen eines sich auf die dargestellten makrostrukturellen Entwicklungen beziehenden Resümés sind aus dem empirischen Material Rückschlüsse in Bezug auf die „Überformungsthese“ zu ziehen.

Vor diesem Hintergrund einer bereits weitgehenden Spezifizierung des Erkenntnisinteresses erschien ein Vorgehen sinnvoll, das in erster Linie eine strukturierte Analyse des ärztlichen Arbeitshandelns unterstützt. Gleichwohl sind im Rahmen eines offenen, explorativen Zugangs methodische Elemente einer gegenstandsverankerten Theoriebildung im Sinne der Grounded Theory nach Strauss/ Glaser 1967 zu integrieren, um eine von theoretischen Vorannahmen möglichst unverstellte Datengewinnung zu unterstützen.

Die einzelnen Komponenten des Forschungsdesigns

- Das methodische Instrument
- Samplebeschreibung
- Die Datenerhebung
- Kodierung und Datenauswertung

sowie die Form der Ergebnisdarstellung sind im Folgenden zu erläutern.

2.2 Das methodische Instrument

Als Untersuchungsmethode wurden qualitative Leitfadeninterviews gewählt. Zunächst war ein an das ärztliche Aufgabenspektrum angepasstes Erhebungsinstrument zu entwickeln, durch welches relevante Aspekte und Dimensionen des ärztlichen Arbeitshandelns erfasst werden konnten. Für den die handlungstheoretische Analyse betreffenden Teil wurden die theoretischen Kategorien und Dimensionen des Konzepts des subjektivierenden Handelns auf den zu untersuchenden Gegenstandsbereich angewendet.

Die Interviews erfolgten entlang dieses Interviewleitfadens, der den Gesprächsablauf durch inhaltliche Schwerpunktthemen strukturierte, hierbei jedoch genügend Raum für die subjektive Schwerpunktsetzung des Befragten enthielt. Zum Einstieg wurde mit offenen und persönlichen Fragen eine kurze berufsbiographische Narration angestoßen. Diese bildete – neben der Funktion eines „Warm-Up“ - durch erst Hinweise auf das Selbstverständnis und die Rolleninterpretation als Arzt, bzw. auf die diesbezügliche Selbstkonstruktion des Interviewpartners, die Grundlage für das weitere Gespräch, das möglichst ohne größere thematische Brüche durch die im Leitfaden vorbereiteten Themen führte. Im Anschluss an den Einstiegsteil waren die Konturen des Arbeitsumfelds sowie der individuellen Arbeitstätigkeit des Interviewpartners zu eruieren, bevor hierauf Bezug nehmend, die Analyse des ärztlichen Arbeitshandelns in Bezug auf die einzelnen Handlungsanforderungen erfolgte. Hierbei wurde, dem Erkenntnisinteresse der Untersuchung entsprechend, in einem vertiefenden Teil den Themen der sinnesgeleiteten und gefühlsbasierten Erkenntnisprozesse in Abgrenzung zu Prozessen der Objektivierung von Wahrnehmung und Erkenntnis, besondere Aufmerksamkeit zuteil.

Explizit thematisiert wurde zudem der Wandlungsprozess der sowohl makrosozialen als auch institutionellen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit, hierbei besonders Bezug nehmend auf Prozesse der Standardisierung bzw. Formalisierung ärztlichen Handelns.

Abschließend waren Sichtweisen auf den „guten Arzt“ und die „ärztliche Kunst“ zu reflektieren und ein persönliches Resümé sowie ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen der Profession zu ziehen.

2.3 Samplebeschreibung

Bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen²⁵⁸ wurde sich am Leitgedanken des „Theoretical Sampling“ nach Strauss/ Corbin orientiert. Hierbei wurde eine Strategie der schrittweisen Auswahl der Untersuchungspersonen anhand inhaltlicher Kriterien und der damit verbundenen Erwartung auf Erkenntnisfortschritt verfolgt (vgl. Flick 1999, S. 82).

In Erweiterung und Ausdifferenzierung der empirischen Fragestellung wurde ein vergleichsweise heterogeneres Sample zur Durchführung der Untersuchung anvisiert. So ließen sich durch die Reinterpretation der empirischen Befunde der Studie „Ärztliche Praxis“ erste Hinweise auf „Alter“ bzw. „Praxiserfahrung“ als Faktoren eines subjektivierenden Handlungstils generieren, die nun systematisch zu überprüfen waren. Dem Vorgehen der Grounded Theory entsprechend, wurde die Untersuchung mit einem erwartungsgemäß das zu untersuchende Spektrum abdeckenden Querschnitt begonnen (vgl. Böhm 2000, S. 476), indem mit zwei (internistischen²⁵⁹ und psychiatrischen²⁶⁰) Assistenzärztinnen, einem arrivierten Klinikarzt²⁶¹ und dem ärztlichen Gutachter²⁶² sowohl unterschiedliche Erfahrungsstufen als auch verschie-

²⁵⁸ Anmerkung zum Feldzugang: Nachdem sich „offizielle“ Zugänge als problematisch erwiesen, musste der Zugang auf mehr oder weniger informellem Weg erfolgen. Hierzu wurde das persönliche Umfeld mobilisiert sowie durch Besuche von Informationsveranstaltungen in Krankenhäusern der Kontakt zu Ärzten hergestellt, wodurch der Feldzugang schließlich gelang.

²⁵⁹ Internistische Assistenzärztin: 33 Jahre, durchläuft aktuell verschiedene Bereiche Angiologie, Diabetologie, Intensivmedizin

²⁶⁰ Psychiatrische Assistenzärztin: 32 Jahre, knapp fünfjährige Praxis in psychiatrischer Klinik. Die psychiatrische Therapeutin verweist auf ein Feld der Medizin, in welchen sowohl die Anwendung von Medizintechnik als auch allgemein die Bedeutung des menschlichen Körpers im Vergleich zur internistischen Medizin eine untergeordnete Rolle spielen. Hingegen ist das therapeutische Gespräch die Grundlage aller Entscheidungen. Eine weitere Besonderheit ist die Tatsache, dass der Fokus bei der Anamneseerhebung wie auch Therapie stark symptomorientiert ist, während die Diagnosestellung im Hintergrund steht. Die Ursache der Erkrankung wie auch deren Aufarbeitung ist zentrales Thema im Rahmen der Therapie.

²⁶¹ Internistischer Oberarzt: 59 Jahre, knapp dreißigjährige Praxis im Klinikum

²⁶² Ärztlicher Gutachter: 37 Jahre, „Ärztliches Handeln im Rahmen einer stark standardisierten ärztlichen Dienstleistung“. Der vierte Interviewpartner stellt aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit als Gutachter eines medizinpsychologischen Instituts einen Sonderfall unter den Befragten dar. Sein Arbeitshandeln ist von einer gewissen Standardisierung gekennzeichnet, die im Abarbeiten eines vorgeschriebenen Frage- und Untersuchungskatalogs besteht. Zudem ist ein weiterer elementarer Unterschied in der Zielrichtung seiner Tätigkeit zu sehen, welches nicht auf Diagnose und Heilung gerichtet ist, sondern wesentlich stärker auf einen einzelnen Ausschnitt des Gesundheitszustandes des zu begutachtenden „Klienten“, nämlich dessen Befähigung zur Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr, gerichtet ist. Krankheit spielt somit nur im Hinblick auf mögliche Selbst- oder Fremdgefährdung eine Rolle. Diese zwei Unterscheidungsmerkmale (stärkere Standardisierung der Handlungsabläufe, reduzierter Zugang zum Individuum) unterscheiden seine Tätigkeit vom typischen ärztlichen Handeln, das sich durch starke Freiheitsgrade in der Gestaltung der eigenen Tätigkeit und einem ganzheitlichen

dene fachlich-inhaltliche Schwerpunkte vertreten waren. Im Anschluss an eine erste Auswertungsphase wurden sukzessive die weiteren, teilweise zur Kontrastierung, teilweise zur Vertiefung der Kernthemen ausgewählten InterviewpartnerInnen integriert. So konnte insgesamt ein hinsichtlich der Forschungsfrage sowohl ausreichend breites als auch tiefes Sample gewonnen werden.

Zum einen speist sich die Heterogenität der Untersuchungsgruppe aus der höchst unterschiedlichen Praxiserfahrung der InterviewpartnerInnen. So wurde z. B. mit der PJlerin²⁶³, einer angehenden Ärztin im so genannten Praktischen Jahr, gezielt eine Novizin im Feld praktischen ärztlichen Handelns ausgewählt. Insgesamt ist somit von der Berufsanfängerin über die Assistenzärzte bis zu den (leitenden) Oberärzten nahezu das gesamte Spektrum von Berufserfahrung und Klinikhierarchie abgebildet. Der Assistenzarzt²⁶⁴ steht nach vormaliger Forschungstätigkeit am Beginn seiner Facharztausbildung, die drei inmitten ihrer Facharztausbildung befindlichen Assistenzärztinnen sind seit ca. fünf Jahren, der zur Zeit als ärztlicher Gutachter tätige Arzt seit fast zehn Jahren praktisch tätig, während die drei erfahrenen internistischen Fachärzte auf eine 25-35jährige Praxis zurückblicken können.

Eine weitere Differenzierung des Forschungsgegenstands konnte mit der Integration von Ärzten unterschiedlicher fachlicher Herkunft bzw. Tätigkeitsschwerpunkte erreicht werden. So kontrastieren eine chirurgische²⁶⁵ und eine psychiatrische Assistenzärztin vor allem durch ihren höchst unterschiedlichen Patientenbezug. Wenn auch die Mehrzahl der Interviewpartner

Zugang zum Erkenntnisobjekt auszeichnet. Ob sich innerhalb des restriktiven Handlungsfelds dennoch Hinweise auf Kunst als Handlungsstrategie finden lassen, ist ein interessanter Aspekt bei der Analyse dieses Interviews.

²⁶³ Ärztin im Praktischen Jahr („PJlerin“): 29 Jahre, geringe praktische Erfahrung, Perspektive der „Novizin“

²⁶⁴ Internistischer Assistenzarzt: 38 Jahre, Novize im Bereich praktischen Handelns mit wissenschaftlichem Hintergrund. Der Assistenzarzt deutet einen bisher ungekannten Subtypus im Sample an. Bereits im Eingangsteil schildert sich der Befragte als stark technikfasziniert und IT-affin, was von ihm als Motivation zur Ergreifung des Medizinstudiums genannt. Typische intrinsische Motive scheinen zu diesem Zeitpunkt des Gesprächs auch auf direktes Nachfragen nicht auf. So wird dem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt insgesamt eine hohe Bedeutung beigemessen. Mit einigem Bedauern räumt er jedoch als Fazit seines in der Diabetesforschung durchgeführten Projekts zur Entwicklung eines automatisierten Insulingeräts ein: „Der Mensch ist nicht vollkommen berechenbar, das ist der Haken“.

²⁶⁵ Chirurgische Assistenzärztin: 32 Jahre, seit fünf Jahren in verschiedenen Kliniken tätig. Mit der Integration der chirurgischen Assistenzärztin in das Sample wurde bewusst eine von den Internisten maximal differente Tätigkeit betrachtet, die im Gegensatz zu der auf den kompletten Menschen bezogenen Sichtweise der inneren Mediziner in einem sehr spezifischen Ausschnitt der Krankenbehandlung besteht. Es ist zu erwarten, dass anhand der Analyse des chirurgischen Tätigkeitsfelds bezüglich typischer Formen ärztlichen Handelns, Denkens und Wissens Hinweise auf eine „Kunst der Chirurgie“ abgeleitet werden können, bzw. sich „typisch internistische“ Sichtweisen klarer abgrenzen lassen.

aus den Inneren Medizin stammen, sind sie jedoch in sehr unterschiedlichen Feldern beschäftigt. Vor allem die jungen Ärzte durchlaufen im Rahmen ihrer Facharztausbildung in kurzer Zeit verschiedenste Funktionsbereiche, aus denen jeweils unterschiedliche Erfahrungen und Sichtweisen in ihre Schilderungen Eingang fanden. Auch die Tätigkeit des Hausarztes²⁶⁶ enthält eine Vielzahl von Alleinstellungsmerkmalen, die ihn von seinem Kollegen in der Klinik unterscheidet. Der dritte „Experte“²⁶⁷ ist seit einiger Zeit fast ausschließlich als Sonographie-Spezialist tätig und ist so geeignet, das ärztliche Handeln aus dem „technischen“ Blickwinkel auszuleuchten.

2.4 Die Datenerhebung

Die der vorliegenden Arbeit zugrundeliegende empirische Untersuchung wurde im Zeitraum Dezember 2006 bis November 2007 in München durchgeführt. Es wurden neun ÄrztInnen (fünf männlich, vier weiblich) zwischen 29 und 63 Jahren im Rahmen eines problemzentrierten und leitfadengestützten Interviews berücksichtigt. Die Dauer der explorativen Interviews betrug zwischen 2,5 und vier Stunden.

Die empirische Erhebung wurde in zwei „Wellen“ durchgeführt, wobei nach den ersten vier Interviews eine Zwischenauswertung erfolgte. Auch war eingeplant, eine gegebenenfalls notwendige Nachbesserung des Erhebungsinstruments vorzunehmen. Eine solche erwies sich jedoch, von geringfügigen Ergänzungen abgesehen, nicht als angezeigt.

Generell standen bei der Interviewführung die Erfassung der individuellen Besonderheiten des Interviewpartners sowie die Rekonstruktion seiner subjektiven Perspektive im Vordergrund. Im Zuge dessen spielte die Dechiffrierung von latenten Sinnstrukturen eine elementare Rolle, die schon während des Interviews durch gezieltes Nachfragen und Aufwerfen von

²⁶⁶ Internistischer Hausarzt: 57 Jahre, „Hausarzt der alten Schule“. Der Hausarzt ist seit fast zwanzig Jahren als niedergelassener Arzt in derselben Praxis tätig und beschreibt sich als „Begleiter“ seiner Patienten über den engen medizinischen Kontext hinaus. Die Innere Medizin wird von ihm als „Herzstück“ der Medizin betrachtet. Anhand seiner persönlichen Erfahrung thematisiert er selbst die Veränderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen der hausärztlichen Versorgung.

²⁶⁷ Internistischer Oberarzt: 63 Jahre, Leiter der Sonographie. Seine thematischen Schwerpunkte liegen im Feld der erfahrungsbasierten Techniknutzung, wodurch wertvolle Hinweise auf die „Ärztliche Kunst in der High-Tech-Medizin“ generiert werden können, sowie des Weiteren in der kritischen Perspektivierung des Wandels der ärztlichen Profession im Sinne einer Ökonomisierung und Deprofessionalisierung.

konträren Perspektiven begann. Um den subjektiven Perspektiven möglichst viel Raum zu geben, wurde der individuellen Erzählchronologie sowie der persönlichen Schwerpunktsetzung Priorität über die Einhaltung der Abfolge des Leitfadens eingeräumt. Insbesondere hinsichtlich des typischerweise mit Erhebungsschwierigkeiten behafteten Themenkomplexes „Implizites Wissen“ zeigte sich eine anekdotische Gestaltung des Gesprächs als zielführend. Unterstützend war hierbei die Rückbindung an konkrete Einzelfallschilderungen, wodurch ein Reflexionsprozess in Gang gesetzt wurde, der der Beantwortung der detaillierten Fragen auf die Sprünge half. Insbesondere in diesen Gesprächspassagen konnten wertvolle Hinweise auf schwer explizierbare und unbewusste Handlungsweisen bzw. auf implizite Wissensformen generiert werden.

Im Zuge dieser am Gesprächsfluss orientierten Interviewgestaltung variierte die Reihenfolge der Themenblöcke teilweise beträchtlich wie auch einzelnen Aspekten eine unterschiedlich große Bedeutung zukam. Vor dem Hintergrund des über die handlungstheoretische Analyse hinausgehenden Forschungsinteresses war es wichtig, trotz der notwendigen Strukturierung durch den Leitfaden den subjektiven Perspektiven der Befragten auf möglicherweise „Kritisches“ im Sinne problematischer Entwicklungen auf makrostruktureller Ebene ausreichend Raum zu geben. Auf diese Weise konnten sich die vermuteten Zusammenhänge zwischen übergeordneten Entwicklungen und der konkreten Ausgestaltung von Handlungsprozessen auf Akteursebene im Sinne eines „geschlossenen Bilds“ empirisch verifizieren lassen.

Als gewinnbringend erwies es sich zudem, den handlungstheoretischen Teil durch Reflexionen des ‚guten Arztes‘ bzw. der ‚ärztlichen Kunst‘ zu ergänzen sowie durch die hierin enthaltene Möglichkeit zur persönlichen Bilanzierung abzurunden. An dieser Stelle konnten die geäußerten Ansichten gegebenenfalls relativiert oder untermauert werden, wodurch sich erneut vielfältige Gelegenheiten zur Überprüfung bis dato gewonnener Eindrücke ergaben. Die Interviews wurden durch unmittelbar an das Interview anschließende Protokolle bzgl. erster Eindrücke sowie möglicherweise über das Interview hinausgehender Zusatzinformationen ergänzt. Im Anschluss wurden wortgetreue Transkriptionen der Interviews erstellt²⁶⁸.

²⁶⁸ Bei der Transkriptionserstellung wurden im Interesse der Kenntlichmachung von möglicherweise einer intensiven Interpretation (z. B. als „Zeile für Zeile-Analyse“) bedürftigen Abschnitten (wie z. B. im Bereich impliziten Wissens) Fülllaute und grammatikalisch unrichtige Sätze authentisch wiedergegeben. Auch „parasprachliche Merkmale“ (vgl. Kowal/ O' Connell 2000) wie „lachen“ oder „seufzen“, längeres Überlegen fanden Berücksichtigung.

2.5 Vorgehen bei der Auswertung des Datenmaterials

Erste Auswertungsschritte

Das Vorgehen in der Datenauswertung orientiert sich an den Prinzipien des iterativ-zyklischen Prozessmodells, nach welchem Datenerhebung- Analyse und – Auswertung eng verknüpft sind (vgl. Strübing 2002).

Ein grundlegendes Prinzip war es zunächst, möglichst „naiv“ im Sinne einer Unvoreingenommenheit an die Texte heranzugehen. So war z. B. vor Beginn der Analyse keineswegs klar, ob sich zwischen den jüngeren und älteren Interviewpartnern tatsächlich Differenzen im Handlungsstil erkennen ließen, da die jüngeren Ärztinnen mit ihrer rund fünfjährigen Praxis sich teils als „erfahren“ selbstbeschrieben. Die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche erschweren darüber hinaus eine direkte Vergleichbarkeit der einzelnen Interviewpartner, so dass eine intensive inhaltliche Beschäftigung mit den Texten die erste Voraussetzung zu einer abstrahierenden Analyse bildete. Orientiert wurde sich hierbei an den klassischen „theoriegenerierenden“ Fragen der Grounded Theory²⁶⁹, die wesentlich zum Verständnis des komplexen Handlungsfelds beitrugen.

Mit dieser Methode konnten sukzessive Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Betrachtung übergeordneter Phänomene und genereller Themen herausgearbeitet werden, die in ersten Memos festgehalten wurden.

Zeile für Zeile-Analyse

Eine weitere in der frühen Phase wichtige Erkenntnismethode war die „Zeile für Zeile-Analyse“, die selektiv für bestimmte, besonders interessant erscheinende Gesprächsabschnitte durchgeführt wurde. Mit der detaillierten Analyse einiger Schlüsselabschnitte konnte ein tieferes Verständnis für die Feinheiten des Materials erlangt werden.

Vorgestellt werden soll ein Beispiel für eine solche Zeile für Zeile-Analyse:

I: Gibt's da bestimmte Patiententypen, Merkmale, oder wie können Sie das in der knappen Zeit erkennen?

IP: „Das ist intuitiv. Das erfassen Sie intuitiv in dem Moment. Man muss versuchen, sehr aufmerksam zu sein, man muss sich schon sehr konzentrieren. Und nach ,ner durchgemachten Nacht ist das schlecht, da hat man nicht so viele Antennen wissen Sie. Das hängt schon auch, man muss schon immer präsent sein.“

Mit der Antwort: „*Das ist intuitiv. Das erfassen Sie intuitiv in dem Moment*“ wird ein Gegenkonzept zu Rationalität und Kognition entworfen. Intuition wird hierbei als generelle Fähigkeit von Ärzten konzipiert. Eine weitere Lesart dieses Abschnittes könnte darauf hindeuten, dass sich durch den Gebrauch von relativierenden Pronomen („man“, „Sie“) in gewisser Weise von der Spontanaussage distanziert wird. Auch kann die Äußerung „Man muss versuchen“ als Hinweis auf die Möglichkeit des Scheiterns interpretiert werden.

Die in diesem Abschnitt enthaltenen „Keywords“ „*Antennen*“ und „*präsent sein*“ eignen sich in ihrer Prägnanz dazu, als induktive Codes für diesen Handlungsstil verwendet zu werden.

Codierung des Materials mithilfe der Software MaxQdA

Anschließend wurde mit der Codierung des empirischen Materials mithilfe der Software MaxQdA (siehe hierzu: Kuckartz 2007) begonnen. Zunächst wurde mit dem Ziel einer induktiven Kategorienbildung nach dem Prinzip des „offenen Codierens“ (vgl. Böhm 2000, S. 477f.) vorgegangen, später erwiesen sich auch theoriegeleitete Codings entlang der Dimensionen des theoretischen Konzepts des subjektivierenden Handelns als wertvolle Ergänzung.

Hierbei wurden die im Zuge offenen Codierens generierten Codes von den theoriegeleiteten Codes innerhalb des Codebaums getrennt gehalten und farblich unterschiedlich markiert.

Durch diese Kombination von wechselseitigem induktivem und deduktivem Denken (vgl. Strauss/ Corbin, Juliet 1996) konnten auch unter Vermeidung vorschneller Schlüsse wesentliche Erkenntnisfortschritt erzielt werden.



Im Folgenden sind einige Beispiele für das Codiervorgehen zu geben:

1. „Offenes“, induktives Codieren

Ein Ziel war es, die teilweise bereits aus der Sekundäranalyse bekannten und sich erneut im eigenen empirischen Material als relevant erweisenden Kategorien, wie hier den (ersten)

²⁶⁹ Gemeint sind hier die bekannten „W-Fragen“: Was? Worum geht es hier? Welches Phänomen wird angesprochen? Wer? Wie? Wann? Warum? Wozu? Womit? (vgl. Böhm 2000, S. 477-478).

„Eindruck“ des Arztes in ihrer subjektiven Bedeutsamkeit zu hinterfragen und konzeptuell auszudifferenzieren. Es zeigten sich im empirischen Material zahlreiche Aktualisierungen dieses zentralen Konzepts sowie inhaltliche Korrelate und Synonyme und weitere hiermit verbundene Konzepte:

Eindruck		15
den Patienten anschauen		5
Gespräch		4
Bild machen		5
gefühlsgelitet/ "Gespür"		5
einordnen		2
Orient. amsubj. Patienteneempf.		3
Verdacht		1

Mit dem „Eindruck“ sind offenbar weitere Phänomene und Konzepte verbunden, die unter diesem Aspekt angeführt werden. Die Analyse erbringt, dass die Art und Weise, wie sich ein Interviewpartner seinen „Eindruck“ verschafft, sehr aussagekräftig für seinen Handlungsstil ist. So können z. B. anhand des „Invivo-Codes“²⁷⁰ „den Patienten anschauen“, der sich als weiteres Unterkonzept in Zusammenhang mit dem „Eindruck“ herauskristallisierte, wesentliche Elemente eines besonderen Wahrnehmungsmodus’ dechiffriert und in Kontext gebracht werden.

2. Theoriegeleitetes, deduktives Codieren

Im Rahmen des deduktiven, theoriegeleiteten Codiervorgangs konnte das bestehende Kategoriensystem des Konzepts des subjektivierenden Handelns mittels zusätzlicher induktiver Kategorienbildung eng am empirischen Material ausdifferenziert werden (hier demonstriert anhand der Kategorie des dialogisch-interaktiven Austauschs auf der Ebene der Vorgehensweise). Für die einzelnen Dimensionen konnten auf diese Weise empirische Phänomene identifiziert und differenziert zugeordnet werden. So wurden bestimmte Konzepte als Erscheinungsformen eines subjektivierenden Handelns erkennbar.

²⁷⁰ So bezeichnet man Codes, die aus der Sprache des Untersuchungsfelds übernommen werden (vgl. Böhm 2000, S. 478).

Anam-dialog-interak-Austausch		3
gemeinsames erarbeiten		3
anam-individuell		2
Patientenredenlassen		2
Signale empfangen		2
geschicktes Nachfragen		1
genaubefragen		4
"in die Mühle nehmen"		1
in Ruhe unterhalten		4

Durch dieses Vorgehen der Ausdifferenzierung von theoretischen Overcodes wurde ersichtlich, wie relevante Themen und Konzepte teils quer zu den theoretischen Dimensionen liegen. So beinhaltet z. B. der Code des individuellen Vorgehens zugleich Implikationen für die theoretische Dimension des (nicht-regelgeleiteten) Vorgehens. Hierdurch wird das subjektivierende Handeln erneut als kohärenter, auf mehreren Ebenen beschreibbarer Handlungsstil sichtbar.

Auch für das objektivierende Handeln der jüngeren Ärzte²⁷¹ wurde dasselbe Verfahren der Ausdifferenzierung des theoretischen Konzepts für die einzelnen Handlungsbereiche angewendet. Erkennbar wurde hierdurch, wie die einzelnen, auf unterschiedlichen Dimensionen liegenden Aspekte eines objektivierenden Handlungsstils miteinander korrespondieren, bzw., sich wechselseitig bedingen.

²⁷¹ Ausgeblendet wurden bei der Datenauswertung jedoch keineswegs, dass auch bei den jüngeren Ärzten bereits punktuell subjektivierende Handlungsweisen aufscheinen.

[-] → [🗨️] Anamnese obj.	<u>M</u>	1
[-] → [🗨️] Vorgehen		0
[-] → [🗨️] Schema/ Raster	<u>M</u>	7
→ [🗨️] standardisierbar		4
[-] → [🗨️] Fokus/ sW		0
→ [🗨️] partialisierend		4
→ [🗨️] Sinne/ obj- "Rohstoff"		3
[-] → [🗨️] objektives/ Faktenorientierung		6
→ [🗨️] "Fragekatalog"		4
[-] → [🗨️] Wissen und Denken		0
[-] → [🗨️] Fokus auf Kognition/ "reasoning"		11
→ [🗨️] Gefühl störend		4
[-] → [🗨️] formales/ explizites Wissen		6
→ [🗨️] Rekurs auf Lehrbuchwissen		3
[-] → [🗨️] Beziehungsebene		0
[-] → [🗨️] Objektbeziehung		5
→ [🗨️] emo - nicht nötig		2
→ [🗨️] "professionelle Distanz"		4

3. Kombination von induktivem und deduktivem Codieren

Insgesamt konnten durch die Kombination aus induktivem und deduktivem Codieren bestimmte zentrale Konzepte, wie z. B. „den Patienten erfassen“, in ihrer subjektiven Sinnstruktur ausgedeutet werden. Durch diese Technik der Operationalisierung und Visualisierung von betreffenden Textpassagen zeigte sich die enge Verknüpfung der einzelnen Dimensionen subjektivierenden Handelns sowie ihre konkrete Ausgestaltung in der ärztlichen Praxis.

- ..patientenorientierter Bezug
- ..den Patienten erfassen
- ..genau hinschauen/hinhören
- ..Patientenreden lassen
- ..Beobachtungsgabe
- ..Schmerz einordnen
- ..Akzeptanz des Interaktionspartners als Subjekt
- ..einordnen
- ..Urteilskraft/Interpretation
- ..Bild machen
- ..Bildmachen/Eindrücke
- ..Eindruck
- ..E-Blick
- ..Kunst der A.
- ..Mut
- ..Anamnese zentral
- ..Diagnose-subj
- ..Ermessensspielraum
- ..Vertrauensaufweckendes Gefühl
- ..Effizienzsteigerung durch Erfahrung
- ..Technisierung des Handelns
- ..einordnen
- ..juristische Aspekte
- ..krit. Situationen/Herausforderungen
- ..Stolz/Thron/Kunst
- ..genaubefragen

193 Dr. Drohnske: Ja, man muss versuchen, den Patienten zu erfassen, man muss den Patienten reden lassen. Und man muss genau hinschauen. Hinschauen und genau hinhören. Und dann können Sie schon seine Beschwerden einordnen auf der Richterakala. Und das ist wichtig, davon geht's. Den Schmerz einordnen. Davon hängt viel ab. Denn es gibt ja wirklich mal- da ist ein Patient, der hat wirklich Schmerzen, der hat Beschwerden, Sie können aber diese Beschwerden nicht einordnen, keiner bestimmten Diagnose zuordnen, haben aber den Eindruck: Eigentlich fehlt ihm nichts. Und das ist schon eine ziemlich heftige Angelegenheit, sich dazu durchzuringen, also diese Situation: der kommt, der hat Beschwerden, sie können's halt nicht einordnen und sie entschließen sich dann, zu sagen dem fehlt eigentlich nichts, so ganz grob: dem fehlt jetzt nichts krasses. Ziemlich mutig, da muss man schon sehr gut dabei sein. Von daher ist es wichtig, die Beschwerden einzuordnen, das Schmerzbild einzuordnen. Um sagen zu können: Auch wenn ich jetzt nicht weiß, was dahinter steckt, den lass ich jetzt abliegen, den kann ich locker abliegen lassen, da kann ich morgen noch mal hinschauen, ich bin mir sicher, der hat nichts. Sicher können Sie in so einem Fall auch die ganze Maschinerie in Gang setzen, den von unten bis oben durchschichten, in die Maschinen stecken. Vorm Kadi ist das halbfrech, aber ich find das ist ein bisschen der persönliche Ehrgeiz der einen da beflügeln sollte- das mach ich jetzt nicht! Ich bin mir ziemlich sicher, da zwick't's nicht, da ist es nicht eng, den lass mer mal, der soll mal zu sich kommen, dann reikna morgen noch mit dem mal.

Auf Grundlage der beschriebenen Vorgehensweise konnte ein umfangreiches Kategoriensystem erarbeitet werden, mit welchem schließlich die Operationalisierung der einzelnen Katego-

rien nach den Dimensionen objektivierenden und subjektivierenden Handelns geleistet werden konnte.

Identifikation von zentralen Themen

Weiterhin konnten Zusammenhänge zwischen den einzelnen Aspekten des Handlungsstils und übergeordneten Themen, wie beispielsweise den institutionellen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns identifiziert werden. Z. B. konnte anhand der Thematisierung von „Empathie“ als Handlungsmaxime eine komplexe Betrachtung verschiedener zentraler Problemfelder des ärztlichen Handlungsfelds nachvollzogen werden. Auch bei der Rekonstruktion dieser Zusammenhänge kamen Methoden der hermeneutischen, verstehenden subjektiven Sinnrekonstruktion zur Anwendung. Vorannahmen bezüglich der Makrotendenzen konnten so anhand des empirischen Materials überprüft und in Kontext mit den handlungstheoretischen Befunden gestellt werden. Auf diese Weise ließen sich Ambivalenzen der makrostrukturellen Entwicklungen hinsichtlich der Verwissenschaftlichung, Technisierung und Ökonomisierung des ärztlichen Handelns aufzeigen (hier thematisiert als Zweiseitigkeit der Verwissenschaftlichung ärztlichen Handelns, die neue Anforderungen an das Handeln des individuellen Arztes stellt).

113 T. Ja, wie können die das handhaben? Ich würde sagen, ich hatte das Glück eben eine Ausbildung zu machen an einem Ort wo die Empathie eine ganz wichtige Basis fürs Heilen also war, dass man Empathie hat und dass sich der Kranke oder die kranke Person aufgenommen fühlt, wohl fühlt, nicht versteckt hinter Ketten von Untersuchungen und so weiter. Und ich denke mir schon, dass das heute eine Gefahr ist. Also der Verlust der Empathie hinter sehr technokratischer Abhandlung von Symptomen. Und es gehört dann auch, man muss mit der Zeit auch einen bestimmten Mut entwickeln zu sagen, das lasse ich jetzt. Als Krankenhausarzt ist man ja im notärztlichen Dienst tätig, also ich bin da Feuerwehrotarzt gefahren, man musste auch den Mut entwickeln zu sagen, wir tun jetzt hier nichts mehr. Zum Beispiel im konkreten Fall, weil der Mensch klinisch tot ist schon zehn Minuten, das heißt, da ist auf alle Fälle eine Hirnschädigung da, ich kann jetzt versuchen den unter allen Regeln der Kunst unter Umständen wieder in ein irgendwie funktionierendes Bewusstsein noch zurück zu bringen, aber nicht mehr mit seiner Persönlichkeit, mit seinem Gehirn, mit seinem Wissen usw. und da gehören... gut da gehören auch Erfahrungen dazu selber mit Tod, Sterben, verlassen werden, die hatte ich auch schon als relativ junger Mensch und die haben mir sicher auch geholfen, also an dem Punkt zu schauen was könnte denn jetzt wirklich wichtig sein in der Situation. Ist es der Aktionismus, das blinde Abarbeiten der Leitlinie wann oder ist es eine verantwortliche Entscheidung, für die ich natürlich den Kopf hinhalten muss und sagen muss, aus den und den Gründen machen wir das da jetzt nicht oder machen etwas anders, als man da zunächst vorsehen würde. Man muss das halt dann begründen können, aber da ist das Interesse des Patienten, was kommt für eine Lebensqualität raus, bis hin zu dieser ganzen leidigen Diskussion Sterbehilfe ja nein. Da geht's um diesen Mut auch für Entscheidungen.

2.6 Exploration der ärztlichen Kunst

Schließlich konnte auf Grundlage der Kombination von induktivem und deduktivem Codieren ein ausdifferenziertes Kategoriensystem zur Operationalisierung der ‚ärztlichen Kunst‘ erarbeitet werden. Hierbei wurde primär berücksichtigt, welche Aspekte ärztlichen Handelns von

den Interviewpartnern explizit als ärztliche Kunst sowie in weiterem Sinne als Schwierigkeiten und Herausforderungen bzw. besondere Kompetenzen des ‚guten Arztes‘ thematisiert wurden. Als Ergebnis kann das zentrale Phänomen der vorliegenden empirischen Arbeit in den Hauptaspekten als ein den Kriterien subjektivierenden Handelns entsprechendes Handeln aufgezeigt werden.

ärztliche Kunst		3
Intuition		4
"Kunst der Wahrnehmung"		5
Blick/Lesen		14
Urteilkraft/interpretation		6
Schmerz einordnen		3
selektieren/gewichten		3
diffuses sondieren		4
(schnelles) Erkennen- wichtig-unwichtig		5
nichtsübersehen		6
Modus der Präzision		3
genau hinschauen/hinhören		10
Konzentration/ Aufmerksamkeit		2
Modus der Sensibilität		5
"Antennen"		2
den Patienten erfassen		5
den Patienten aufmachen		5
zwischen den Zeilen lesen		2
Fingerspitzengefühl		1
Einfühlungsvermögen		2
Modus individuelle Orientierung		7
kein schematisiertes Handeln		1
Modus der Zugewandtheit		5
offen sein		1
zuhören (können)		7
Nähe+Distanz		2
Zeitnehmen		2
der gute ArztEXPL		2
"menschliche Qualitäten"		1
Patientenorientierung		3
Krankheit ertragen		1
Beobachtungsgabe		3
Verantwortung		1
Empathie		4
Mut		3
sozialkompetenz		1
Bescheidenheit		4
3-D		5
Fokus auf Manuelles/Handwerkszeug		3
Differenzierung nach Fachrichtung		1
internistischer Denker		4
Chirurg-(Kunst-)handwerker		4
realistische Selbsteinschätzung		7
Trickiness		1
gA-obj.		0
gute Ausbildung		1
großes Theoriewissen		2
negativbeispiele		3

2.7 Ergebnisdarstellung

In Bezug auf die Form der Ergebnisdarstellung sind einige erklärende Anmerkungen vorwegzuschicken. Mit Hinblick auf eine optimale Verständlichkeit wurden in den einzelnen Unterkapiteln unterschiedliche Möglichkeiten der Befunddarstellung gewählt. In den durch die Fülle des empirischen Materials besonders detailliert dargestellten Handlungsfeldern ‚Erstbegegnung‘ und ‚abschließender Diagnoseprozess‘ erscheint eine Darstellung anhand der einzelnen Dimensionen subjektivierenden Handelns und somit eine direkte Gegenüberstellung objektivierenden und subjektivierenden Handelns als besonders anschauliche Lösung. In den kürzeren Passagen (‚körperliche Untersuchung‘ und ‚Techniknutzung‘) werden hingegen die beiden Handlungstypen en bloc dargestellt, während die ‚Blickdiagnose‘ als Domäne des erfahrenen Arztes rein als subjektivierendes Handeln analysiert werden kann.

In der Analyse wird aus den Übereinstimmungen innerhalb der Handlungstypen ein Idealtyp konstruiert, der für alle der Gruppe zugehörigen Interviewpartner als repräsentativ gelten kann. Abweichungen und Besonderheiten eines individuellen Gesprächspartners, insbesondere, wenn sie Ausdruck von im Rahmen des Theoretical Sampling generierten Kontrastierungen sind, werden durch Hinweise auf die konkrete Person angezeigt. Diese Zuordnung der Interviewpartner zu den zwei idealtypischen Handlungsstilen (vgl. dazu ausführlicher: Kelle/Kluge 1999) ist als notwendige Komplexitätsreduktion zu betrachten. Da Expertiseerwerb als kontinuierlicher (und im Prinzip niemals abgeschlossener) Prozess zu betrachten ist, sind die in unterschiedlichen Stadien befindlichen Interviewpartner an verschiedenen Punkten einer imaginären Expertiseskala zu verorten. Hierbei sind die jüngeren Ärzte hinsichtlich der verschiedenen Handlungsanforderungen nicht immer stringent einer der beiden Gruppen zuzuordnen, da sie in einigen Bereichen bereits über praktische Erfahrung verfügen, demnach erste Ansätze zu Expertenhandeln bzw. subjektivierendem Handeln zeigen, in anderen hingegen nicht, ihr Handeln in diesen Feldern demnach vorwiegend dem Muster objektivierenden Handelns folgt. Vielfach beschreiben die jungen Ärzte ihr Handeln in der Differenz zum früheren Anfängerhandeln und dem, wie sie es jetzt, „erfahrungsbasiert“, handhaben („*Das kann ich schon zunehmend differenzieren. Das ist schon so ein Prozess, dass ich da merke, dass ich das jetzt schon anders mache, als ich das am Anfang gemacht habe.*“), und liefern damit wichtige Hinweise auf die Entwicklung der ärztlichen Kunstlehre.

3 Ärztliche Praxis als objektivierendes und subjektivierendes Handeln

Im Anschluss an die Neuinterpretation der empirischen Studie „Ärztliche Praxis“ von Christina Schachter (1999) konnte der Fokus der eigenen empirischen Untersuchung präzisiert werden, mit dem nun neue empirische Erkenntnisse in Bezug auf die oben formulierten Interessenschwerpunkte generiert werden sollen. Erkenntnisfortschritt soll hierbei durch zwei Ausdifferenzierungen bzw. Verfeinerungen des Forschungsdesigns erreicht werden. Zunächst wird der (einem planmäßig-objektivierenden Handeln entsprechende) Handlungsstil der jüngeren, weniger praxiserfahrenen Ärzte dem (subjektivierenden) Handeln der erfahrenen Ärzte gegenübergestellt, die differenten Handlungsweisen hierdurch systematisch kontrastiert. Generiert werden können durch diese Methode Erkenntnisse in Bezug auf den Einfluss praktischen Erfahrungswissens auf den Handlungsstil. Es zeigt sich, dass in Ergänzung objektivierender Handlungsweisen der Herausforderung der Unwägbarkeit der Arbeitsaufgabe von den erfahrenen Ärzten mit Strategien subjektivierenden Handelns begegnet wird, die sich als kohärentes Phänomen anhand der vier Dimensionen des subjektivierenden Arbeitshandelns („Vorgehen“, „Sinnliche Wahrnehmung“, „Wissen und Denken“ und „Beziehungsebene“) analysieren lassen. Auf diese Weise kann ärztliches Expertenhandeln als komplexes und situativ angepasstes Vorgehen aufgezeigt werden, dessen Ausprägungen nicht als isolierte Phänomene begriffen werden dürfen, sondern vielmehr als spezifische, wissenschaftlich beschreibbare Handlungsform. Die Darstellung objektivierenden Handelns erfüllt hierbei vorrangig die Funktion einer Differenzkategorie zur Veranschaulichung des ausgereiften professionellen Handlungsstils.

Des Weiteren wird im Folgenden, wie bereits ausführlicher dargelegt, mit dem Ziel der Näherbestimmung der konkreten Anforderungen an das ärztliche Handeln, der Handlungsbereich der Diagnose hinsichtlich seiner einzelnen Handlungselemente (Erstbegegnung, Blickdiagnose, körperliche Untersuchung, Einsatz medizintechnischer Untersuchungen sowie dem abschließenden Diagnoseprozess analytisch ausdifferenziert. Auch die Analyse der Therapie erfährt eine Problemfokussierung durch die Thematisierung von Standards und Leitlinien, die zudem weitere Differenzen zwischen den beiden Gruppen enthüllt. Dargestellt werden, strukturiert durch die Dimensionen subjektivierenden Arbeitshandelns die in den jeweiligen Handlungsfeldern identifizierten Formen ärztlicher Praxis. Besonderheiten der jeweiligen Tätigkeitsfelder können auf diese Weise eruiert werden.

Abschließend ist ein Resümé der handlungstheoretischen Analyse zu ziehen. Hierbei werden auf Grundlage der empirischen Fundierung Kernelemente professionellen ärztlichen Handelns als Aspekte eines kohärenten Handlungsstils prononciert, zudem auf ihre Relevanz in unterschiedlichen Zusammenhängen verwiesen. Auch die Fragestellung des Wesens und der Beschaffenheit einer ärztlichen Kunst wird, ergänzt durch induktiv aus dem Material generierte Kategorien, erneut aufzugreifen sein.

3.1 Die Erstbegegnung zwischen Arzt und Patient

Die bereits bei Schachtner erkennbare Relevanz des Anamnesegesprächs innerhalb des Diagnoseprozesses bot Anlass für eine differenzierte analytische Betrachtung dieses Handlungsfeldes. Auch in der vertiefenden empirischen Untersuchung erwies sich die Anamnese als äußerst prominentes Thema. Zudem bestätigte sich, dass die Anamnese, bzw., in einer etwas weiteren Fassung des Begriffs, das Erstgespräch mit dem Patienten, einen unter verschiedenen Blickwinkeln interessanten Analysegegenstand darstellt. So ist die Erstbegegnung zwischen Arzt und Patient vornehmlich als Situation interessant, in der die Voraussetzungen zu planmässig-rationalem Handeln per se kaum oder nur bedingt gegeben sind. Zentrale Aufgabe der Erstbegegnung zwischen Arzt und Patient ist es, innerhalb einer relativ kurzen Dauer eine Entscheidung über die Weiterbehandlung des Patienten zu treffen. Zu diesem Zeitpunkt liegen oftmals keine oder zumindest weitgehend unvollständige „objektive Daten“ über den „Bearbeitungsgegenstand“ Patient vor. Äußerungen wie „*das erste Kennenlernen*“ oder „*die Begegnung mit einem wildfremden Menschen*“ reflektieren die Besonderheit dieser niemals vollständig definierten Situation, in welcher dennoch gehandelt und entschieden werden muss. Auch ist zusätzlich die für den ärztlichen Alltag charakteristische Situation der Zeitknappheit offenbar ein nicht zu unterschätzender Faktor, der die Begegnung mit dem Patienten zu einer „kritischen Situation“ werden lassen kann.

Insbesondere die „Experten“ bestätigen den exponierten Stellenwert der Anamnese und generell des Gesprächs für das Stellen der Diagnose, der niedergelassene Arzt geht sogar soweit, es als seinen „*Schwerpunkt*“ zu bezeichnen. Zwar weisen fast alle Gesprächspartner, unabhängig von ihrem Erfahrungshintergrund, der Anamnese explizit eine hohe Relevanz zu, jedoch kann durch die handlungstheoretische Analyse gezeigt werden, dass ihr Stellenwert als elementare erste Stufe im diagnostischen Geschehen offenbar je höher einzustufen ist, desto mehr der jeweilige Arzt den Kriterien eines „Experten“ im jeweiligen Handlungsfeld entspricht. Die stellenweise bekundete Zentralstellung der Anamnese, bzw. allgemeiner des Patientengesprächs durch die weniger erfahrenen Ärzte findet sich in den Selbstbeschreibungen

des eigenen Handelns kaum wider und kann daher als eher normative Aussage im Sinne einer zu erlernenden Fähigkeit interpretiert werden. Wie der Vergleich von Ärzten mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund erbringt, ist nur der erfahrene Arzt in der Lage, die Anamnese als effizientes „Selektionsinstrument“ im diagnostischen Prozess zu nutzen, während das Patientengespräch der jungen Ärzte eine deutlich geringere Erkenntnisfunktion besitzt. Als Grund hierfür kann gezeigt werden, dass die tendenziell objektivierende Vorgehensweise der jüngeren Ärzte einen Fokus legt, der die „unscharfe“ Situation der Arzt-Patient-Begegnung nur unzureichend zu bewältigen imstande ist.

So erweist sich die Gestaltung einer zielführenden Anamnese als professionelle Kompetenz, die als Ergebnis langjähriger Erfahrung einzuschätzen ist und über die der Arzt somit erst nach einigen Jahren beruflicher Praxis verfügt. Typischerweise verweisen erfahrene Ärzte in diesem Zusammenhang auf die besondere Rolle von Lehrmeistern, von denen die Durchführung einer guten Anamnese nachhaltig eindrucksvoll erlernt wurde.

„Ich hatte einen Kollegen, den hab ich sehr geschätzt und das war ein Meister der Anamnese und ich bin der Meinung, dass das eh das wichtigste ist.“

Ergänzt wird das initiale Arzt-Patient-Gespräch zumeist durch die körperliche Untersuchung, der ebenso ein hoher Stellenwert attestiert wird. So hat sie gemeinsam mit dem kommunikativen Austausch für den Experten eine kaum zu unterschätzende Selektionsfunktion inne, die unnötige invasive medizintechnische Untersuchungen im Vorfeld ersetzen kann. Eine Mehrzahl der diagnostischen Problemstellungen kann, so bekunden es die erfahrenen Internisten, in diesen frühen Stufen des Diagnoseprozesses gelöst werden²⁷²:

„Man kann in der inneren Medizin meines Erachtens und das muss man sich mal vorstellen, Minimum 85% der Diagnosen anhand einer gründlichen Anamnese und einer gründlichen körperlichen Untersuchung stellen. Das muss man sich mal vorstellen. Das ist viel, 85%!“

„Gespräch und körperliche Untersuchung würde ich sagen, 70% sind damit klärbar, weil eben Gott sei Dank oft eher Bagatellen oder doch sehr klar psychosomatisch vermittelte Dinge und um die anderen muss man dann die weiteren Stufen, in den weiteren Stufen vorgehen, bei den restlichen 30%.“

²⁷² Zu differenzieren ist hierbei sicherlich einerseits nach Fachrichtung, andererseits, oder ob es sich um einen Klinikarzt mit stets neuen Patienten oder einen niedergelassenen Hausarzt mit festem Patientenstamm handelt. Es kursieren sogar Zahlen, die die Selektionschance eines ausführlichen Anamnesegesprächs auf 85% (Lown 2002) oder 80% (v. Troschke 2004, S. 159) schätzen.

3.1.1 Vorgehensweise in der Erstbegegnung mit dem Patient

Idealtypisch gegenübergestellt werden zunächst die auf der Ebene der Vorgehensweise vorzufindenden Differenzen im Handlungsstil der jungen Ärzte, die tendenziell dem Motiv des „Schemas“ folgen, und der erfahrenen Ärzte, deren Vorgehen sich als situatives und dialogisch-exploratives Handeln zusammenfassen lässt.

3.1.1.1 Planmäßig-objektivierendes Vorgehen in der Erstbegegnung: Das „Schema“

Die Anamnese der jungen Ärzten erfolgt überwiegend im Modus eines planmäßig-objektivierenden Handelns: Motive wie „Pfad“, „Schema“ oder „Raster“ indizieren ein Handlungsideal rationalen Vorgehens, wenn auch punktuell andere Handlungsansätze durchscheinen. Insbesondere im Rahmen des Paradigmas der Wissenschaftlichkeit, in welchem sich der internistische Assistenzarzt selbst verortet, gilt das Konzept zweckrationalen Handelns auch für die Interaktion mit dem Patienten als normatives Leitbild, dem offenbar sämtliche Handlungsanforderungen untergeordnet sind²⁷³. Auch die jungen Ärztinnen, die sich dieser Vorstellung nicht verpflichtet fühlen, folgen dem Ideal eines stark strukturierten Vorgehens:

„Also einfach ein Schema im Kopf, dass man sich ein Schema angewöhnt, wie man einen Menschen fragt nach seinen Beschwerden, wie man praktisch auf den Pfad gesetzt wird“

Das „Schema“ erscheint auch nach mehrjähriger Praxis als notwendiges Hilfsmittel zur Bewältigung der komplexen und unvollständig definierten Interaktionssituation²⁷⁴. Die Perspektive der Ärztin im praktischen Jahr verdeutlicht exemplarisch die Schwierigkeit des unerfahrenen Arztes, der Komplexität der vieldeutigen Handlungsanforderung nur unter Rückgriff auf ein Regelgerüst Herr werden zu können, indem sie sich *„eine gewisse Reihenfolge angewöhnt habe, in der ich diese Fragen stelle. Einfach auch, um selber nichts zu vergessen. Dass man die Reihenfolge eben einhält.“* Deutlich wird die Tendenz der jungen Ärzte, Ablauf und Inhalte der Anamnese im Sinne eines linear-sequentiellen Handelns strukturieren zu wollen. Dem Ideal einer Trennung von Planung und Ausführung entsprechend werden Fragekomplexe typischerweise chronologisch getrennt abgearbeitet:

²⁷³ Individuelle Abweichungen oder persönlicher Stil sind für den jungen wissenschaftsaffinen Assistenzarzt durch den Hinweis auf wissenschaftlich fundiertes Fachwissen („*Expertengebiet*“) legitimierbar.

²⁷⁴ Eine Ausnahme bildet in dieser Hinsicht die Praxis der psychiatrischen Assistenzärztin, deren Aufgabenfeld per se kaum schematisierbar erscheint.

„Das ist im Prinzip so, im Rahmen vom allgemeinen Gesundheitscheck fragt man ja die verschiedenen Erkrankungen ab oder die verschiedenen, sage ich jetzt mal, Körpersysteme Herzkreislauf, Verdauung, Nervensystem“

Als funktional erscheint hierzu das „Raster“, das es „abzuklopfen“ gilt, was häufig durch das „Abfragen“ eines „Fragenkatalogs“ an größtenteils geschlossenen Fragen geschieht:

„Dann frage ich: Wann sind Sie da genau gestürzt? War das Gestern? Dann schaue ich genau im Kalender und schreibe hin Samstag 19.05. gestürzt. Dann frage ich: Sind Sie denn zu Hause gestürzt oder wo war das? Dann frage ich: Waren Sie danach bewusstlos? War Ihnen übel? Mussten Sie sich übergeben? Oder frage, worauf sie denn gefallen sind, sind Sie auf den Kopf gefallen oder auf den Rücken oder auf die Hüfte?“

Sicherlich ist diese Art des „Zugriffs“ auf den Patienten zum Teil bedingt durch die konkrete Handlungsanforderung der jungen Chirurgen, z. B. den Erfordernissen von Versicherungen entsprechen zu müssen, sowie durch ihre spezifisch chirurgische Perspektive, die tendenziell einen partialisierenden Blick auf den Patienten beinhaltet²⁷⁵. Die Ärztin im praktischen Jahr, die aktuell die Felder der Chirurgie und der Inneren Medizin durchlaufen hat, resümiert vergleichend:

„Das ist aber einfach aufgrund des Krankheitsbildes an sich bedingt, weil Innere ist oft dass verschiedene Probleme ineinander greifen und sich wiederum bedingen und in der Chirurgischen ist es einfach, da hat der Patient eine konkrete Verletzung, da kann ich kurz und knapp danach fragen. () Ich lasse vielleicht in der Inneren einen Patienten einfach mal, doof gesagt, einfach mal länger schwafeln und etwas ausführlicher erzählen und in der Chirurgie werde ich da vielleicht auch mal höflich sagen: ja okay, aber lassen Sie uns doch mal auf das Ursprungsproblem zurückkommen.“

Bei den jüngeren Ärzten – mit Ausnahme der psychiatrischen Assistenzärztin, die sich heftig gegen jede Form von Vereinheitlichung der Patientenbehandlung wehrt, klingen Einschätzungen der Anamnese als objektivierbare Handlungsstrategie, die sich zumindest partiell an verallgemeinerbaren Abläufen orientieren kann, an. Man will von den Patienten tendenziell „immer die gleichen Dinge wissen“. So äußert die internistische Assistenzärztin in Bezug auf eine Standardisierbarkeit der Anamnese:

„In `nem gewissen Masse ist sie's, weil Menschen mit denselben Beschwerden immer wieder kommen und da stellt man dieselben Fragen.“

Auch erscheint die Anamnese vorwiegend als einseitige Verhörsituation oder einer „Befragung“, wie sie auch stellenweise bezeichnet wird, in welcher der Patient „befragt“, Fakten „abgefragt“ werden. Dementsprechend fallen die Beschreibungen der Gesprächsführungen insgesamt durch eine Tendenz zur Faktenorientierung auf. So wird die grundsätzliche Frage

²⁷⁵ Nur für bestimmte Patienten sieht sie die Notwendigkeit einer besonderen Aufmerksamkeit: „Wenn ein Patient dement ist, so dass man als Arzt mehr aufpassen muss, als bei Patienten, die sagen können, wo ihr Problem ist. Dass die Wahrnehmung da geschärft werden muss.“

nach den notwendigen Fähigkeiten insgesamt eher „technisch“ interpretiert und beantwortet und verrät eine schul- und planmäßige Handlungsorientierung an objektiven Fakten:

„Lernen muss man die Zielrichtung, ja von den Symptomen zu der Diagnose hin. Und ein Schema (Betonung!) auch einfach zu erfragen, was hat der Mensch früher gehabt, was hat er jetzt, welche Medikamente nimmt er, nimmt er die regelmäßig?“

Die grundsätzliche Anlage der Arzt-Patient-Begegnung als Interaktion scheint für die Vorgehensweise hingegen von keiner tragenden Bedeutung zu sein. Abgesehen davon, „dass man auf jeden Patienten versucht einzugehen“ erscheint die Anamnese als mehr oder weniger festes Programm, in das individuelle Besonderheiten nur schwer integrierbar sind:

„Es gibt auch Leute, die haben eine psychische Disposition, das fragt man dann auch wenn man so den Eindruck hat. Dann wenn man die Anamnese abgeschlossen hat.“

Die „Arbeit am lebenden Menschen“ wird offenbar nicht als Potential innerhalb des Erkenntnisvorgangs im Sinne einer tatsächlichen Rückkopplung durch den Patienten erkannt und/oder genutzt. So erscheint der Patient stellenweise in einer zuspitzenden Umschreibung fast eher als „Hindernis“ im Anamneseprozess. Zeitknappheit ist hierbei offenbar ein Faktor, der eine auf Interaktion basierende Informationsgenese für die jungen Ärzte erschwert.

„Dass ich jemanden habe, der mir total falsche Aussagen oder ein ganz andere Problem beschreibt, was gar nicht im Vordergrund steht, also es ist immer eine schwierige Sache, ob ich da vielleicht auch wichtige Zeit verliere“

Insgesamt wird deutlich, dass die jüngeren Ärzte noch nicht über die Fähigkeit verfügen, die Unsicherheit und Mehrdeutigkeit der Situation durch „echte Interaktion“ zu reduzieren. Als „Notlösung“ erscheint der Rückgriff auf das ärztliche Rollenrepertoire des „strengen Arztes“ („Ich muss das auch durchsetzen können, dass ich das erfahre, was ich erfahren möchte“), das anstelle von Kooperation gewählt wird.

Durchaus bewusst sind sich die jungen Ärzte über die (ihnen weitgehend noch fehlende) Erfahrung bei der Durchführung der Anamnese. Von der angehenden Internistin wird retrospektiv das eigene Handeln als Entwicklungsprozess von einem stark regelgeleiteten Vorgehen hin zu einem zunehmend erfahrungsbasierten (und effizienteren) Handlungsvollzug geschildert:

„Es ist auch eine Erfahrungssache, dass man sich nicht stur an dieses Schema hält, wenn es um entsprechende Inhalte geht. Als Famulant hätte ich wahrscheinlich Stunden mit so einer Anamnese verbracht, habe ich auch, Stunden (Betonung) und das war dann auch nicht immer auf den Punkt gehend, weil man den Punkt einfach noch nicht kennt! Und da wird einfach nach Schema F abgefragt und gehofft, das man hinter jeden Punkt ein Häkchen machen kann und später, wenn man dann das wichtige vom Unwichtigen trennen kann, bzw. auch einfach eine Routine bekommt, dann muss man sich nicht mehr ganz genau an diese Vorgaben halten, sondern man entwickelt ein eigenes System. Also das ist ein bisschen vergleichbar mit einer Schrift, die man in der Schule lernt, da hat man ja auch ein gewisses Schema, und später hat man die Schrift

gelernt, aber man hat seine eigene Handschrift. Und die soll zwar lesbar und sinnvoll sein, aber entsprechend dem, was man braucht.“

Nachvollzogen werden kann so das erfahrungsbasierte „Entwickeln eines eigenen Systems“ oder die „Handschrift“ als Metapher für die Entwicklung des persönlichen Handlungsstils sowie die gleichzeitige Abweichung von strikt regelbasiertem Handeln nach „Schema F“.

3.1.1.2 Subjektivierendes Vorgehen in der Erstbegegnung: „Jedes Mal ein neues Experiment“

Die Exploration des Vorgehens im Rahmen der Erstbegegnung erbringt zunächst, dass den erfahrenen Ärzten diesbezüglich kaum allgemeine Aussagen zu entlocken sind. Die von den jüngeren Ärzten behaupteten einheitlichen Abläufe in der unmittelbaren Patientenbegegnung gibt es beim Experten nicht.

„Wenn man immer so ein Schema 08/15 hätte, das ist das, das ist das und fertig. So schön macht es einem die Medizin leider nicht. (lacht)“

Regeln lassen sich folglich beim ärztlichen Experten in seinem Vorgehen kaum erkennen, wenn auch der ärztliche Gutachter durch den Verweis auf sein „Konzept“ einen Versuch in dieser Hinsicht unternimmt, das sich aber bei genauerem Hinsehen als das Gegenteil von schematischem Handeln erweist. Vielmehr wird das Gegenüber Patient „auf sich wirken“ gelassen, das weitere Vorgehen darauf abgestimmt.

„Ich habe mir dann immer auch schon ein entsprechendes Konzept zurechtgelegt, wo ich die Leute dann einfach mal berichten lasse zunächst.“

Auch standardisierende Elemente wie „Anamnesebögen“ werden von den erfahrenen Ärzten schlichtweg nicht erwähnt. Die Möglichkeit einer Standardisierung der Anamnese erscheint im Anschluss an die Aussagen der Experten kaum gegeben.

„Also das standardisierbare findet in der Medizin auf alle Fälle seine Grenzen. Ich kann standardisiert ein Auto bauen, reparieren und sonst was machen, aber in der Medizin, im Umgang mit Menschen findet die Standardisierung ihre Grenzen.“

Schematisierende Ansätze der jungen Ärzte stehen somit in diametralem Gegensatz zu den Äußerungen von Experten, die die Arzt-Patient-Begegnung bzw. grundsätzlich die Medizin als nicht standardisierbar bezeichnen.

Das Vorgehen des erfahrenen Arztes in der Erstbegegnung mit dem Patienten wird zunächst in seiner Facette als nicht-regelgeleitetes Handeln greifbar. Ein wesentliches Merkmal des Vorgehens bei der erfahrungsgeliteten Anamnese besteht in der Anpassung des Vorgehens

an den individuellen Fall. *„Immer angepasst. Das geht immer ganz unterschiedlich.“* So kann auch der 63-jährige Oberarzt mit der begrifflichen Differenzierung „Normalfall“/ „Sonderfall“ nichts anfangen und verweist stattdessen auf die Besonderheit jedes einzelnen Patienten: *„Jeder anders. Alles voller Überraschungen.“* Anzunehmen, dass aufgrund eines wachsenden Erfahrungsschatzes im Sinne einer „Routine“ schematischer vorgegangen wird, wäre somit eine Fehleinschätzung. Die Begegnung mit dem Patienten wird dementsprechend auch explizit dem Bereich nicht-routinemäßigen Handelns zugeordnet: *„Das ist jedes Mal ein neues Experiment“*. Als allgemeiner Konsens erscheint, dass man sich vom „Raster“ mit „zunehmender Erfahrung“ entfernen „darf“, während *„als Student oder junger Arzt man nach Raster fragen (muss). Unbedingt“*. Von zwei verschiedenen Ärzten wird im Zusammenhang mit der Annäherung an den Patienten der Terminus „Überraschung“ gebraucht, der auf die Unwägbarkeit der Situation hinweist. Starre Schemata werden hierbei von den erfahrenen Ärzten zugunsten eines situativen Handelns abgelehnt, das „Überraschungen“ Rechnung trägt.

Hierbei zeigt sich die Durchführung der Anamnese im Stil eines als schrittweise-explorativ zu bezeichnenden Vorgehens als Mittel, um Eigenschaften des Patienten und seiner Beschwerden zu erkunden.

„Es geht jetzt nicht darum irgendwelchen gewissermaßen festen Schubladen zu bauen, wo man automatisch, das ist Typ A, das ist Typ B, das ist Typ C, darum geht es gar nicht, sondern dass man einfach auch, sage ich mal, ein bisschen so die Grobkategorie. Das trifft es vielleicht eher, dass man halt einfach, wie gesagt, Bescheid weiß über die Richtung, aber nicht von vornherein mit einer festen Meinung dran geht, weil da kann es nämlich passieren, dass man dann oft auch entsprechende Überraschungen erlebt.“

Die unvollständig oder „unscharf“ definierte Problemsituation der Symptomatik wird durch das Gespräch als *„klinische Annäherung an den Patienten“* sukzessive bearbeitbar gemacht:

„Da sagt der Patient: Kopfweg. Mein Gott, das kann viel sein. Dann muss man weiterfragen, um das einzugrenzen und schon anhand neu erfragter Symptome, bestimmte Erkrankungen vielleicht auszuschließen, für mich jetzt auszuschließen um das Ganze immer mehr einzuengen, einzugrenzen.“

Die Anamnesegestaltung des erfahrenen Arztes hat dadurch den Charakter der „Offenheit“:

„Indem man einfach neutral auf die Leute zugeht, also neutral im beruflichen Sinne meine ich und sich einfach mal anschaut, was da wirklich Sache ist und nicht von vornherein schon eine ganz bestimmte festgelegte Meinung hat und dann eigentlich nur noch gezielt auf die dann abklopft, sondern einfach auch, offen ist noch für andere Dinge, die sich ergeben können.“

Deutlich wird hierbei eine Verschränkung von Planen und Handeln als *„schauen, wie sich das dann weiter entwickeln könnte.“*

„Da muss man halt ein bisschen nach Gehör spielen, sage ich jetzt mal. Da gibt es also keine feste Regel und keinen festen Katalog für solche Fälle, sondern man weiß halt, man ist auf bestimmte Informationen angewiesen und dann versucht man halt sich entsprechend vorzutasten, um eben dann diese Information zu bekommen.“

Eine Trennung von Planung und Ausführung, wie sie einem objektivierendem Handeln entspräche, hingegen ist beim Experten nicht zu erkennen. Vielmehr werden erkenntnisrelevante Informationen durch Methoden scheinbar ziellosen „Probierens“ erlangt:

„Wenn Sie mit den Angehörigen reden, wenn Sie mit dem Pflegedienst reden und von denen vielleicht die entscheidenden Hinweise kriegen, da kommen manchmal seltsame Dinge dabei raus, man wundert sich dann.“

Die von den Interviewpartnern entworfenen Bilder „Kriminalstück“, oder des Arztes als „Detektiv“ oder auch das „Experiment“ betonen den entdeckenden, ungewissen und wenig planbaren Charakter des Erkenntnisvorgangs während der Erstbegegnung mit dem Patient, in welchen Informationen unterschiedlichster Herkunft und auch im engen Sinne nicht-medizinische Informationen Eingang finden.

Erkennbar wurde bereits, dass der Erkenntnisprozess des Experten zu einem wesentlichen Teil vom dialogisch-interaktiven Austausch im Rahmen der Arzt-Patient-Begegnung getragen wird. Deutlich wird bei den erfahrenen Ärzten das weit über eine bloße „Informationsfunktion“ hinausgehende, vorrangig in seiner „Interaktionsfunktion“ bestehende Wesen der Anamnese als Ort des Austauschs zwischen Arzt und Patient: Dialog und Interaktion (*„dass die Leute merken, da kann auch Kommunikation stattfinden“*) werden hierbei als „Schwerpunkt“ oder „das Entscheidende“ der ärztlichen Arbeit betrachtet.

„Dass der Patient mir die Möglichkeit gibt, mit ihm zum kommunizieren, dass ich eine Interaktion aufbau'. Wenn es dazu nicht kommt, dann kann ich den Patienten nicht behandeln. Dann muss ich den ablehnen.“

Ein tatsächliches „in Dialog treten“ mit dem Patienten ist für den erfahrenen Arzt unentbehrlich, um eine Vielzahl von möglichen Krankheitsursachen in relativ kurzer Dauer ausschließen zu können. Auch kann der Experte durch die Übernahme der Rolle des anteilnehmenden Zuhörers im Rahmen eines beiläufigen, sich nur scheinbar auf der personalen Ebene befindlichen Gesprächs, wesentliche Informationen, wie hier die psychische Verfassung des Patienten erkunden:

„Ich versuch den dann ein bisschen einzulullen, abzulenken das ist wichtig. Ablenken, um den zu entspannen.“ (...) Ja, da kann man anders reden. Da kommen dann manchmal auch psychische Dinge oft zutage, dass der Patient dann anfängt, zu erzählen. Da kommt merkt man dann, der hat vielleicht ein gravierendes psychisches Problem überhaupt, überhaupt (betont).“

So weist das Arzt-Patient-Gespräch Charakteristika einer aufeinander bezogenen Verzahnung von Aktion und Reaktion beider Akteure auf, in dem der sprachliche Austausch den Charakter eines gemeinsamen, dialogischen Tuns (*„mit ihm versuchen rauszufinden“*) hat.

Hierbei erscheinen eine dem Gegenüber Raum gebende Gesprächsführung sowie eine offene Grundhaltung gegenüber dem Patienten ausschlaggebend. Der erfahrene Arzt gesteht dem Patienten im dialogischen Austausch, so z. B. als „*Sender von Signalen*“, oder „*Anbieter von Symptomen*“ Aktivität zu. „*Den Patient reden lassen*“ erscheint als elementare Voraussetzung der Austauschbeziehung.

„Sie beeinflussen ihn ja, möglicherweise ja schon, wenn Sie ihm mal das Wort abschneiden. Wirklich das Wort abschneiden sozusagen, dass der nichts mehr sagt, gar nichts mehr raus lässt. Das müssen Sie verhindern.“

„Man kann, sage ich jetzt mal, auf eine Art und Weise fragen, wo dann, wie soll man sagen, wo dann der Vorhang fällt. Wo dann ab dem Punkt praktisch nichts mehr kommt. Sowas versuche ich zu vermeiden.“

Hiermit korrespondiert eine Grundauffassung des erfahrenen Arztes von der Interaktionssituation, die nicht als Beherrschung oder Manipulation, sondern als Kooperation beschreibbar ist, die von einem internistischen Oberarzt als „*Bescheidenheit*“ charakterisiert wird:

„Sie müssen zuallererst lernen, bescheiden zu sein, das ist meines Erachtens ganz wichtig in dem Beruf. Sie müssen sich zurücknehmen, bescheiden sein, alles andere ist abträglich. (...) Sie müssen es nur zulassen, das er es formuliert, dass er's auf den Tisch legt.“

Die zielführende Anamnese kann nur im Rahmen eines „Arbeitsbündnisses“ mit gemeinsamer Zielsetzung gelingen und wird so als Produkt zweier kooperierender Akteure deutlich. Der Arzt nimmt hierbei die Funktion eines Anstoßgebers ein, der auf sensible Weise relevante Informationen zu Tage fördert, „*den richtigen Knopf drückt*“:

"Sie müssen ihn vorsichtig leiten durch geschicktes Nachfragen, dass er versucht, das, was ihn zwick, was ihm wehtut, zu formulieren, dass er das aufdeckt."

Das Patientengespräch hier als „*ein bisschen plaudern*“ beschreibend, ist es zunächst sein primäres Ziel, „den Patient zu entspannen“, um so möglicherweise eine neue Ebene der Kommunikation herstellen zu können. Der Experte macht hier ein informelles Setting auf, mit dem Ziel, eine einschienige „Verhörsituation“ zu vermeiden:

„Da kommen dann durchaus neue Aspekte ins Spiel, die der Patient beim üblichen Verhör sonst nicht angibt, wenn einfach man so im Plauderton nebenher spricht. (...) Das merkt man ja schon in der Verhörsituation, also bei der Anamnese, da ist der ja schon angespannt, ja? Das ist ja schon wichtig, den Patienten zu entspannen, dass er besser, entspannt erzählen kann.“

Auch unter Zeitdruck ist so ein effizientes Vorgehen möglich. Bewusst werden quasi „nebenbei“ Arbeitsvorgänge, wie hier das Blutabnehmen, verrichtet.

„Man trifft ja dabei auch den Patienten und die Zeit ist ja immer knapp und dann kann man immer schon ein bisschen plaudern.“

3.1.2 Relevanz und Qualität der sinnlichen Wahrnehmung in der Erstbegegnung

Die Erstbegegnung zwischen Arzt und Patient als Ort und Medium der Informationsgewinnung lässt sich durch eine Analyse auf Ebene des Vorgehens von Ärzten verschiedener Erfahrungsstufen nur unvollständig darstellen. Als weiteres entscheidendes Differenzierungsmerkmal geraten Stellenwert und Qualität der sinnlichen Wahrnehmung in den Blick. So zeigt sich, dass die verschiedenen Vorgehensweisen mit jeweils unterschiedlichen Formen der sinnlichen Wahrnehmung bzw. des Einsatzes von Sinnen verbunden sind. Schlagwortartig zu differenzieren sind einerseits die durch den objektivierenden Handlungstypus vorgenommene Reduktion sinnlicher Wahrnehmung auf eine exaktes, möglichst objektives Registrieren und andererseits eine als „komplexe“ und „empfindend-spürende“ Wahrnehmung zu beschreibende Sinnestätigkeit, die sich charakteristischerweise auf diffuse und unspezifische Informationen richtet. Als aufschlussreich erweist sich bereits Grad der Zugänglichkeit zum Thema „Sinne“ und „sinnliche Wahrnehmung“ bzw. die Enge respektive Breite der Auslegung des Begriffs.

3.1.2.1 Sinnliche Wahrnehmung im Rahmen objektivierenden Handelns: Exaktes Registrieren

Die Relevanz des Einsatzes von Sinnen ist auch bei den „Anfängern“ unbestritten: Trotz der grundsätzlichen Anerkennung der Bedeutung von Prozessen sinnlicher Wahrnehmung gestaltet sich der Zugang zum Thema bei den jüngeren Ärzten jedoch als schwierig. Dementsprechend werden zum Teil andere Formeln und Umschreibungen gesucht, wo sich mit sinnlicher Wahrnehmung nicht identifiziert werden kann („*Ich empfinde durch meinen eigenen Körper*“).

Grundsätzlich wird die sinnliche Wahrnehmung sowohl quantitativ wenig als auch weniger reflektiert thematisiert, spontan zumeist in das Feld der körperlichen Untersuchungen verwiesen, die als Ort des Sinneseinsatzes für die jungen Ärzte legitim erscheint (s. u.).

Im Modus eines objektivierenden Handelns richten die Ärzte mit geringer praktischer Erfahrung ihre Wahrnehmung in der Erstbegegnung mit dem Patienten bevorzugt auf Eigenschaften und Merkmale des Patienten, die sich eindeutig, exakt und „objektiv“ definieren lassen. So wird von der internistischen Assistentin der „unklare Patient“, der wenig konkrete Anknüpfungspunkte - und damit für sie auch nur wenig verwertbare Informationen - bietet, problematisiert:

„Je klarer orientiert der Mensch ist und je klarer umrissen das ist, was er hat, umso wichtiger ist auch seine Aussage. Wenn der kommt und sagt mir tut's seit zwei Minuten auf der Brust weh, dann ist das sehr klar, was ihm fehlt. Es gibt Leute, die sagen, mir tut dies weh, mir tut das weh, dann war mir schlecht, dann ist das natürlich schwieriger.“

Insbesondere der chirurgische Blick fokussiert konsequent den zu bearbeitenden Handlungsausschnitt, der zudem in der Regel unmittelbar objektiv diagnostisch geklärt wird. Jedoch tendieren auch die in im komplexen Handlungsfeld der inneren Medizin agierenden jüngeren Ärzte dazu, ihren Fokus auf Quantifizier- und Messbares zu richten. Deutlich wird hierbei eine spezifische Formung des Gebrauchs der Sinne. Die Interpretation sowie Beurteilung der objektiv registrierten Umwelt ist rational-kognitiven Prozessen vorbehalten, die unter Zuhilfenahme von formalisiertem Wissen „richtiges Erkennen“ leiten:

„Im diabetischen Koma riechen die Leute nach Aceton und das ist ein wichtiges Kriterium.“

Sinnliche Wahrnehmung wird so tendenziell als „Rohstoff“ begriffen, auf dem die eigentliche kognitive Aktivität bzw. objektive Validierung aufbaut, ihr somit hauptsächlich die Aufgabe zugestanden, Informationen des Patienten exakt aufzunehmen. Der Patient als „Erkenntnisgegenstand“ wird folglich mehr registriert denn sinnlich wahrgenommen. Ebenso dominiert bei den jüngeren Ärzten eine für das objektivierende Handeln typische Übertonung der visuellen Wahrnehmung als am ehesten der objektiven, exakten Wahrnehmung äußerer Gegebenheiten dienend, während andere Sinne kaum Erwähnung finden. So modifiziert der internistische Assistenzarzt, seinen in engem Sinne auf den Problemausschnitt beschränkten „partialisierenden“ Wahrnehmungsmodus beschreibend, das von den Experten im Rahmen komplexer sinnlicher Wahrnehmung verwendete Motiv „den Patienten anschauen“ (s. u.) als „Ich gucke mir das Problem natürlich an“. Konkrete äußerliche Merkmale des Patienten werden im Zuge dessen gezielt ins Visier genommen, um den Patienten zu „katalogisieren“. Die bekundete „Hellhörigkeit“ des Assistenzarztes ordnet sich somit sicher eher in einen kognitiv-rationalen Vorgang ein.

3.1.2.2 Sinnliche Wahrnehmung im Rahmen subjektivierenden Handelns: „Den Patienten in seiner Ganzheit erfassen“

Nicht nur ist der Stellenwert der Sinne bei den erfahrenen Ärzten als hoch einzuschätzen, sondern ist auch zu erkennen, dass Sinne in einer spezifischen Art und Weise genutzt werden. Anhand der identifizierten „Schlüsselkategorie „den Patienten anschauen“ kann eine besondere Weise der (nicht nur visuellen) Wahrnehmung als den Experten auszeichnende Befähigung konturiert werden, die zugleich eine weitere Annäherung an den „Ärztlichen Blick“ be-

deutet. Es zeigt sich, dass die sinnliche Wahrnehmung des erfahrenen Arztes weit über ein konventionelles Verständnis des Sehens als präzises, objektives „Registrieren“ hinaus geht und vielmehr als Summe verschiedener optischer und anderer sinnlicher Eindrücke auftritt, die sich schließlich zum „Eindruck“ des Experten verdichten.

Eine in Bezug auf die Anamnese bzw. allgemein das Patientengespräch relevante Anforderung besteht zunächst in der Interpretation sprachlicher Kommunikationsinhalte. Das „Erfassen“ des Patienten“ gelingt in der Anamnese durch das genaue „Zuhören“²⁷⁶. Oftmals wird das eigene Tun lapidar als „den Patienten anschauen“ oder „hinschauen“ beschrieben. („Man muss sich nicht auf's Glatteis führen lassen, man sollte es vermeiden. Man muss hinschauen“.) Dieses „Anschauen“ des Patienten verdeutlicht sich jedoch in der näheren Analyse als originäres Phänomen komplexer sinnlicher Wahrnehmung, einer Grundhaltung, die als zentrales Element eines subjektivierenden Handlungsstils zu betrachten ist.

„Und man muss genau hinschauen. Hinschauen und genau hinhören. Und dann können Sie schon seine Beschwerden einordnen auf der Richterskala. Und das ist wichtig, darum geht's.“

Als primäre Quellen der Erkenntnis im Rahmen der Erstbegegnung mit dem Patienten dienen dem erfahrenen Arzt hierbei offenbar vor allem Informationen, die als nicht exakt definierbar und objektivierbar einzustufen sind. Nicht eindeutige Informationen sind häufig Hauptelemente der Expertenfallschilderungen, bei denen insgesamt die Abwesenheit von „harten Fakten“ auffällt²⁷⁷:

„Ein typisches Beispiel ist eine Patientin Mitte 40, berufstätig, zwei Kinder gehabt, wieder in den Beruf eingestiegen, die Kinder sind noch nicht so ganz aus dem Haus, der Mann wenig da, die Ehe schon 15 bis 20 Jahre alt, da kriselt es dann auch und wo sich aufgrund beruflicher Überlastung, familiärer Ängste, Beziehungsprobleme dann meinetwegen Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Essstörungen, Infekthäufigkeit und solche Dinge entwickeln.“

So wird auch der „diffuse Patient“ keineswegs generell problematisiert, da der erfahrene Arzt über die Fähigkeit verfügt, relevante Informationen zu eruieren und zu verarbeiten:

²⁷⁶ Schon die Ärztin im praktischen Jahr, die aus ihrer Perspektive häufig über noch zu erlernende Fähigkeiten reflektiert, weiß: „Man muss in der Lage sein, dem Patienten zuzuhören. Also auch tatsächlich zu hören, was er sagt, vielleicht auch das heraushören, was er nur andeutet.“

²⁷⁷ Persönliche Merkmale des Patienten werden bei der Fallschilderung der Nicht-Experten typischerweise hingegen zumeist außen vor gelassen, da diese für deren Erkenntnisprozess offenbar irrelevant sind.

„dass ich bei dem, der so diffus daherkommt, mehr Aufwand betreiben muss, um wirklich an den Ort hin zu kommen, um den es eben geht. Während der, der die Sache ganz genau beschreibt, der hat schon Vorarbeit gemacht, weil er ein eigenes Körperempfinden hat, das mir da sehr entgegen kommt schon. Aber der andere kommt ja mit derselben Berechtigung und macht es mir zunächst schwerer, zu wissen worum es geht. Und der fordert damit mehr Genauigkeit, einen größeren Aufwand das raus zu finden.“

Über die verbale Kommunikation hinaus beginnt die Wahrnehmung von krankheitsrelevanten Informationen offenbar bereits unmittelbar mit dem Anblick des Patienten, wie vor allem die Internisten mit langjähriger Berufspraxis betonen:

„Das sind Dinge, die ja schon im alltäglichen Leben, wenn Sie mal versuchen, das zu hinterfragen, dann merken Sie, ohne, dass Sie mit dem gesprochen haben, was der Ihnen bereits erzählt.“

So ist als Voraussetzung zur erfolgreichen Gestaltung der Arzt-Patient-Begegnung bzw. als Leistung des Experten die Fähigkeit der Wahrnehmung, Selektion und Interpretation unscharfer, aber dennoch relevanter Informationen zu betrachten.

„Dabei (beim Anamnesegespräch) lassen sich ja schon viele Eindrücke gewinnen, also wie jemand aussieht, ob er ruhig ist, unruhig, äh, gedrückt, euphorisch, also eine ganze Menge, Stimmung, Hautfarbe, generelle Ausstrahlung, lässt sich also schon ein Eindruck gewinnen.“

Eine „diffuse“ Anmutung des Patienten wird durch verbal und nonverbal kommunizierte Mitteilungen und der sinnlichen Wahrnehmung zugängliche Eindrücke, oftmals Gestik und Mimik des Patienten, durch die feinsinnige und nuancierte Wahrnehmung von Persönlichkeitsmerkmalen und psychischen Verfasstheiten des Gegenübers unmittelbar aufgenommen.

„Das ist schwierig zu erklären. Das merkt man ihnen an, wie sie sich verhalten, wiesie gucken. Wie sie misstrauisch sind.“ „Ganz wichtig ist das nonverbale, auf jeden Fall. (...) Gestik, Mimik, Sprach- äh, auch so formales Denken Sprachvolumen, Sprachtempo.“

Ausschlaggebend erscheint hierbei die Gleichzeitigkeit verschiedener Sinneswahrnehmungen, die sich zu einem konkreten, greif- und vor allem fühlbaren Gesamtbild verdichten wobei vor allem die qualitative Wahrnehmung („wie“) entscheidend ist, die zumeist nur mühsam verbalisiert wird.

„Auch rein vom Verhalten her. (...) Ob jemand zum Beispiel auffällig nervös ist. (...), wie gut beispielsweise jemand auf die Fragen eingeht oder ob jemand komplett dicht macht“

Explizit sind auch die so genannten niederen Sinne wie der Geruchssinn eingeschlossen. Der Körper des erkennenden Subjekts gerät hierbei als „Leib-Körper“ in den Blick. Diese Art des

Einsatzes von Sinnen fügt sich in den explorativen Stil des Suchvorgangs, entsprechend dem übergreifenden Motiv des Arztes als (hier wörtliche) „Spürnase“.

„Wie er schaut, wie er liegt, wie er sich bewegt, wie er spricht, wie er riecht vielleicht, da können Sie auch mit der Nase was entdecken.“

Eine für einen subjektivierenden Einsatz von Sinnen typische Beschreibung stellt die Übersetzung des durch den Geruchssinn Wahrgenommenen in eine in körperbezogene Empfindung, hier eine „Geschmacksdimension“ als „süßlich“, dar. Hierbei werden objektive Information subjektiv reorganisiert:

„Ein medizinisch auffälliger Geruch, beispielsweise ein Diabetiker der zum Beispiel süßlich aus dem Mund riecht, da ist dann der Verdacht, dass irgendwas mit der Zuckereinstellung nicht stimmt.“

Mittels sinnlicher Vorstellungen wird das (scheinbar nur) visuell Wahrgenommene im Zuge eines „in sich Aufnehmens“ in eine körperliche, „spürbare“ Dimension übertragen:

„Den gucke ich mir intensiv wie ein Röntgending erstmal an, ich schaue ihn einfach so an, also nehme ihn auf sozusagen, und habe eine Diagnose dann, stelle ihm noch zwei -drei Fragen und meine, dass ich es dann eigentlich schon weiß.“

Vor allem die vielbetonte Genauigkeit bzw. Intensität des An- oder Hinschauens scheint konstitutiv für die komplexe sinnliche Wahrnehmung des Arztes zu sein. So beschreibt der Gutachter seinen eigenen Entwicklungsprozess als „ich schaue mittlerweile genauer hin“ und bezeichnet hiermit auch die Einnahme einer Haltung der Achtsamkeit gegenüber dem Patienten. Sinnliche Wahrnehmung, nicht als vorgeschaltete Stufe zu eigentlicher kognitiver Aktivität, sondern als strukturierende geistige Leistung, als „Intelligenz der Sinne“, erweist sich für den Bereich der Bewältigung der zunächst unscharfen Problemsituation von herausragender Bedeutung. Auf den Moment bezogene Konzentration, Aufmerksamkeit, Präsenz im Zusammenspiel mit sinnlicher Wahrnehmung verweisen auf mentale Prozesse, die sich nicht im Rahmen von logischen Operationen, sondern als unmittelbar sinnliche und erfahrungsgeleitete Auseinandersetzung mit dem Patienten vollziehen.

Charakteristischerweise richtet sich die Wahrnehmung nicht auf einzelne Merkmale des Erkenntnisgegenstands, sondern erfasst ihn in seiner holistischen Qualität, wie ein Oberarzt die Herausforderung der Erstbegegnung auf der Ebene der sinnlichen Wahrnehmung resümiert:

„Sie müssen versuchen, den Patienten in seiner Ganzheit zu erfassen, in seinem ganzen Wesen versuchen, schnell zu erfassen und müssen versuchen, seine Symptomatik auf ihn zutreffend einzuordnen.“

3.1.3 Wissen und Denken in der Erstbegegnung

Als zentrale Schlüsselkategorie auf der Ebene relevanten Wissens im Rahmen der Erstbegegnung konnte erneut der „Eindruck“ (oder auch, seltener gewählt: das „Bild“), den es sich vom Patienten zu machen gilt, identifiziert werden. Diese Redewendung wird in Varianten von allen, auch den dem objektivierendem Handlungsstil zugerechneten Interviewpartnern, zur Beschreibung der eigenen Denkvorgänge verwendet. Jedoch verdeutlicht die detaillierte Analyse, dass durchaus Unterschiedliches damit verbunden wird. So wird der Begriff „Eindruck“ nicht nur individuell unterschiedlich verwendet, sondern, auch auf jeweils verschiedene Weise hergestellt, nämlich entweder im Anschluss an primär objektive Daten oder subjektive Wahrnehmungsprozesse. Während die Anamnese der unerfahreneren Ärzte sich in Anlehnung an die kognitive Expertiseforschung (siehe dazu B 2.2.) als formallogischer „Reasoning“-Prozess umschreiben lässt, können bei den Experten mentale Prozesse identifiziert werden, die eng mit einer empfindend-spürenden Wahrnehmung verbunden sind.

3.1.3.1 Wissen und Denken in der Erstbegegnung im Modus objektivierenden Handelns:

Kausallogisches Denken, „Fakten“ und „solides theoretisches Wissen“

Der Denkvorgang der jungen Ärzte während der Erstbegegnung mit dem Patienten zeigt sich vorwiegend an objektiven Daten und formaltheoretischem Wissen orientiert. Für den ärztlichen Novizen stellt eine Anamnese ohne „Anhaltspunkte“ in Form von „harten Fakten“ daher eine kaum zu bewältigende Aufgabe dar. („*Je weniger Informationen ich habe, desto schlechter kann ich ihm helfen.*“). Diese ist kaum „verwertbar“, da in erster Linie objektiv vermittelte Fakten anschlussfähig erscheinen, an die der Analyseprozess anschließen kann. Nur unter Rekurs auf „solides theoretisches Wissen“ können Informationen „verwertet“ werden, so z. B. als „*Kurzformel, praktisch, das ich mir eben mal gemerkt habe, Herzprobleme kann Kurzatmigkeit machen also die ganz banalisierte Version.*“. So erfolgt die Anamnese idealerweise (ziel-) gerichtet („*Wenn ich schon was über ihn in der Hand habe, kann ich gerichteter fragen natürlich.*“).

Auch die weniger erfahrenen Ärzte verschaffen sich einen „Eindruck“. Dieser wird vor allem als subjektives Wissen betrachtet („mein eigener/ persönlicher Eindruck“), das unter Umständen mit anderen Erkenntnismedien („Fakten“, „Hintergrundwissen“, „Diagnostik“) konkurriert und dem nur bedingt Gewicht beigemessen bzw. dessen Bedeutung relativiert wird:

„*Erstmal kommt das Hintergrundwissen, dann der Patient, wie er sich einem darstellt.*“

Festzuhalten ist, dass die sinnliche Wahrnehmung und weiche Informationen für den Gewinn des „Eindrucks“ bei den jüngeren Ärzten insgesamt eine neben- oder gar untergeordnete Rolle zu anderen, vorwiegend objektiven Informationsquellen spielen.

Hiermit korrespondiert ein Denkprozess des jungen Arztes während der Anamnese, der überwiegend im Bereich formal-logischen Denkens zu verorten ist.

„Dass ich ihn einerseits frage was eben los ist, was er mir beschreibt und dass ich das gleichermaßen umsetze in meine medizinische Terminologie und in meine Gedankengänge.“

Die bei der Anamnese ablaufenden Denkvorgänge sind als kognitiv gesteuertes Ausschlussverfahren zu vergleichen, bei dem die physische Präsenz des Patienten fast verzichtbar erscheint²⁷⁸. Als unverlässlicher Auskunftgeber wird so auch der Patient betrachtet, der ein „Symptom, was gar nicht im Vordergrund steht“, beschreibt.

Das Zusammensetzen von disparaten Informationen gelingt nicht, oder ist allenfalls nur als retrospektiver Nachvollzug möglich bzw. durch die „Umwege“ eines rein kognitiven Vorgangs zu erlangen.

„Es gibt schon die Situation, dass man sich verschiedene Symptome beschreiben lässt und dann hinterher merkt, ah, so gehört das zusammen und das passt auch, also so ein Puzzleteil, dass man verschiedene Diagnosen, die man anamnestisch und diagnostisch erhoben hat und noch nicht das Endbild der Krankheit vielleicht kennt oder so, aber hinterher weiß man, das hat zusammengehört.“

Denken und Handeln erscheinen als getrennt und sequentiell organisiert, ebenso wie die Komplexe des Denkens und Fühlens:

„Ich muss ja drüber nachdenken, was ich mache und versuche auch, mich in den Patienten reinzusetzen und zu überlegen, wie fühlt sich das jetzt an“.

3.1.3.2 Wissen und Denken im Rahmen subjektivierenden Handelns: Der „Eindruck“ als „Gefühl, das man entwickelt“ und das „Einordnen“ von „Schmerzbildern“

Die im hohen Maße unscharfe Handlungssituation der Erstbegegnung mit einem Patient wird vom Experten durch eine Strategie subjektivierenden Handelns auf spezifische Weise bear-

²⁷⁸ Dies legt eine (hypothetische) Äußerung des Assistenzarztes zu einer Anamnese per Telefon, in der die Erkenntnischance des direkten persönlichen Austauschs auf die Funktion der professionellen Vertrauensbildung reduziert wird.

beitbar gemacht, der auf der Ebene des Wissens und Denkens Ausformungen entsprechen, die im Folgenden zu präzisieren sind.

Wie bereits die kognitive Expertiseforschung aufzeigt, verfügt der ärztliche Experte über eine zu klinischen Konzepten gereifte Basis aus formalisiertem Wissen (siehe dazu B 2.2.). Dieses Wissen ist für ihn unmittelbar fallbezogen aktualisierbar. Hierbei zeichnet sich der ärztliche Experte durch die parallele Anwendung formaltheoretischen Wissens und subjektiver, personengebundener Wissensbestände aus. In der Analyse wird das Zusammenspiel von Elementen expliziten Wissens und wahrnehmungsbezogenen geistigen Prozesse erkennbar:

„Ich hab' natürlich die Medizin soweit im Kopf, ich versuch- ich nehm' verschiedene Dinge an den Patienten wahr und das gleich ich ab mit den Informationen, die ich gespeichert habe, dann versuch ich rauszufinden, zu sehen: ist da was pathologisches oder nicht? Ist da was, was mir auffällt, oder nicht? Und wenn mir was auffällt, dann halt ich da ein und geh da weiter.“

Der Rückgriff auf Theoriewissen durch den Experten im Rahmen eines durch sinnliche Wahrnehmung geleiteten Denkprozesses ist daher nicht, wie möglicherweise angenommen werden könnte, als Widerspruch zu subjektivierendem Handeln auszumachen, sondern zeigt vielmehr die Besonderheit ärztlicher Expertise als *„spielen auf der Klaviatur von beidem“*.

Eine zentrale Herausforderung der Erstbegegnung mit dem Patienten besteht in der Einordnung der vom Patienten dargebotenen ungefilterten Informationen. Im Mittelpunkt der Expertenschilderungen stehen weniger Sachinformationen, als die Art und Weise, wie diese mitgeteilt werden.

„Dann kommt es auch nur bedingt darauf an, was die sagen, sondern wie die das dann wieder sagen und was dann meine Einschätzung ist. Wenn der dreimal sagt nee ist nicht und ich habe aber das Gefühl, das stimmt nicht, dann handel' ich trotzdem zum Beispiel indem ich den auf die geschlossene verlege. Und dann gilt mein Empfinden auch mehr als seine Aussage. Weil ich einfach sage, ich hab das Gefühl, das stimmt nicht und ich kann im Moment die Verantwortung nicht übernehmen.“

Nicht einzelne punktuelle Aspekte werden zum Ausgang diagnostischer Überlegungen genommen, sondern das *„Beschwerdebild“* als Ergebnis einer vielschichtigen Wahrnehmungsleistung:

„Es hängt in erster Linie vom Beschwerdebild ab, da versuch ich das Leiden einzugrenzen, zu lokalisieren. Organbezogen jetzt: Leber, Herz, Niere. Ich hab jetzt den Eindruck, das geht Richtung Niere. Dann versuch' ich, da weiter zu machen, den Patienten zu befragen.“

Typischerweise griffig als „Eindruck“ subsumiert, können Formen professionellen Wissens und Denkens differenzierter aufgeschlüsselt werden. Dem „Eindruck“ als moderierende, vermittelnde Instanz, die das Erkennen leitet, die vielfach nicht durch objektive Fakten untermauert wird, entspricht somit offenbar ein als „gefühlsmäßig“ zu charakterisierender Denkvorgang, innerhalb welchem Wissen wahrnehmungs- und erlebnisbezogen aktiviert wird. Als quasi unterhinterfragtes Phänomen scheint der Eindruck als „*Gefühl, was man entwickelt.*“ in der ärztlichen Praxis zunehmend eine handlungsleitende Funktion zu übernehmen, wie die Umschreibung der jungen Ärztin im praktischen Jahr verdeutlicht:

„Man schaut sich denjenigen an. Also das ist genauso, als wenn man irgendjemanden, also es ist schwer zu beschreiben. Wenn ich einem wildfremden Menschen auf der Strasse begegne, dann weiß ich auch, ist der mir sympathisch oder unsympathisch und ich kann nicht immer sagen, auf Grund welcher Merkmale ist das so. Genauso denke ich im klinischen Alltag auch nicht unbedingt darüber nach, warum kann ich dem Patienten nicht trauen oder warum habe ich da ein komisches Gefühl. Es ist ein bisschen eine Bauchsache, aber eben auch da eine Sache, die man eben auch einfach lernt mit der Zeit. Ein Gefühl, was man entwickelt.“

Augenfällig ist der stets hergestellte Bezug zum subjektiven Empfinden, zum eigenen „Gefühl“ im Rahmen der problembezogenen Interpretation auf. So entscheidet der „Eindruck“, der sich im Verlauf des Gesprächs beim Arzt einstellt, darüber, welche Relevanz einzelnen Informationen zugesprochen wird. Als Gefühlsdimension ist er die ausschlaggebende Instanz, die eine subjektive Strukturierung „objektiver Tatsachen“ ermöglicht. Die Psychiaterin, gewohnt im Terrain unscharfer Problemsituationen zu agieren, scheut eine Explikation des rein gefühlsbasierten Eindrucks am wenigsten²⁷⁹, doch auch der erfahrene Internist argumentiert rein auf seinen – nicht näher begründeten- Eindruck bezogen:

„Sie können aber diese Beschwerden nicht einordnen, keiner bestimmten Diagnose zuordnen, haben aber den Eindruck: Eigentlich fehlt ihm nichts.“

Die Gestaltung des Erstgesprächs mit dem Patient ist demzufolge nicht zuletzt „*ein bisschen Gefühlssache*“: Wie gezeigt werden kann, wird der Experte von seinem Gefühl, nicht konventionell als emotionaler Zustand, sondern vielmehr als „Gespür“ im Sinne eines Mediums der Erkenntnis durch die Anamnese geleitet. Abweichungen vom „Normalen“ können in manchen Fällen eher erspürt als erkannt werden,

„Wenn er anfängt, zu erzählen: Ja mei, ja mei. Jetzt bin ich schon wieder im Krankenhaus. Allweil muss ich ins Krankenhaus, mir geht ja gar nicht gut. Da sagt man dann: Des ist doch jetzt gar net so schlimm, oder? Dann sagt der: Ja mei, mir geht's sowieso überhaupt net so gut. (..) Da fragt man: Ham's Ärger daheim? und dann kommt eins

²⁷⁹ Vor allem für die Psychiaterin stehen im Zuge eines empfindend-spürenden Zugangs Gefühle und Vorstellungen im Mittelpunkt des Interesses.

zum andern. Und dann irgendwann merkt man dann: Das ist es vielleicht, was den beschäftigt und bewegt und da werden wir vielleicht gar nichts mehr finden.“

Charakteristischerweise erfolgt der Denkvorgang des ärztlichen Experten typischerweise nicht allein im fachbegrifflichen Rahmen, sondern vor allem in Form von Bildern und assoziativen Verknüpfungen. Offenbar zählt folglich nicht (nur) das WAS, sondern vor allem das WIE („*Wie er schaut, wie er liegt, wie er sich bewegt, wie er spricht*“) als qualitativer Bedeutungsträger, der eine assoziative Kette auslöst. Durch eine als imaginatives Denken zu bezeichnende sinnlich-geistige Leistung ist der erfahrene Arzt befähigt, auch aus nur wenigen und disparaten Informationen oder markanten äußerlichen Symptomen, komplexe Zusammenhänge herzustellen. Eigenschaften eines Patienten bzw. der Erscheinungsform seiner Erkrankung werden als Bild oder auch als bestimmte Wahrnehmungsqualität im Gedächtnis gespeichert und problembezogen aktiviert. Dem Experten steht so ein personengebundenes (auch „*leibliches*“ Erfahrungswissen zur Verfügung, das ihm rasche Erkenntnis ermöglicht. So zu verstehen ist auch die unmittelbar eintretende Erinnerung an bestimmte „*Schmerzbilder*“²⁸⁰, die ohne Umschweife wieder erkannt werden. Im Rahmen dieses assoziativen Denkens werden die durch das Patientengespräch und über Sinneswahrnehmungen generierten Informationen offenbar sogleich mit möglichen Ursachen verknüpft.

„Ein Diabetiker, wenn der Stoffwechsel entgleist, das können Sie riechen. Da gehen Sie ins Zimmer und da wissen Sie was los ist. Das müssen Sie aber wissen, das müssen Sie mal gerochen haben. Oder ein Leberpatient, ein Patient mit Leberzirrhose, das sind so bestimmte Gerüche, das riecht man dann, aha darum geht's.“

Dieser Vorgang kann oft nur schwer verbalisiert werden:

„Oh hm, wenn ich das so katalogisieren könnte, schön wärs. Es ist ein bisschen so ein Zusammenspiel vom Gesamteindruck und von bestimmten Einzelmerkmalen. Aber das ist dann auch wieder von Person zu Person unterschiedlich. Also, da gibt es jetzt nichts festes, wo ich sagen könnte, ich schaue bei jedem zuerst da hin und dann da oder irgendwie so. Das ist dann Sache vom Erfahrungswert.“

Hierzu zählt auch die Berücksichtigung individueller und kultureller Unterschiede in der subjektiven Schmerzwahrnehmung- und Äußerung der Patienten, deren Einordnung als Paradebeispiel eines subjektivierenden, erfahrungsgeliteten Problemverstehens gelten kann:

„Ob Sie einen türkischen oder jugoslawischen Patienten vor sich haben, die reagieren anders, die äußern ihre Schmerzen anders. Und das ist, noch was: die subjektive Wahrnehmung von Schmerzen und das Äußern dieser Schmerzen, das ist ganz schwer einzu-

²⁸⁰ Auffällig ist ebenfalls die bei den erfahrenen Ärzten zu erkennende Neigung, im Rahmen einer Fallschilderung den Schmerzcharakter nicht nur verbal, sondern auch durch Laute und Gesten zu imitieren, wodurch die Eindringlichkeit der Erfahrung betont wird.

ordnen, jeder Mensch nimmt Schmerz anders wahr. Es gibt Leute, die kommen mit dem Kopf unterm Arm her und sagen: geht scho!“

Die Rolle ganzheitlicher, holistischer Wahrnehmung des Erkenntnisgegenstands „als ein Bild“ konnte bereits als Phänomen komplexer sinnlicher Wahrnehmung aufgezeigt werden und verdeutlicht an dieser Stelle die prominente Rolle von Bildern im ärztlichen Denkprozess, die in nahezu allen Bereichen ärztlichen Handelns evident wird und die vor allem anhand der Blickdiagnose (siehe unten) exemplifiziert werden kann.

3.1.4 Beziehungsgestaltung in der Erstbegegnung

Wie schon in der Sekundäranalyse von „Ärztliche Praxis“ deutlich wurde, lassen sich Differenzen zwischen objektivierenden und subjektivierenden ärztlichen Handlungsweisen auch auf der Ebene der Beziehung zum „Arbeitsgegenstand Patient“ ausmachen. Als übergeordnetes Differenzierungskriterium bestätigt sich die bereits konstatierte Dichotomie „Nähe oder Distanz zum Erkenntnisgegenstand“, die in vielen Fällen kongruent verläuft mit der Bezugnahme auf den Patienten als „Subjekt“ bzw. „Objekt“. Charakteristischerweise wird dem Patienten im Rahmen des Beziehungsaufbaus von den erfahrenen Ärzten Subjektstatus zugestanden, während jüngere Ärzte, tendenziell in einem als objektivierend zu beschreibenden Modus agierend, eine deutlich distanzierte, sachliche und affektiv-neutrale Umweltbeziehung, in der Patient zumeist den Status eines Objekts innehat, konstruieren.

3.1.4.1 Beziehungsgestaltung in der Erstbegegnung im Rahmen objektivierenden Handelns: Professionelle Distanz

Vorherrschend ist eine distanzierte, analytische und eher kognitiv rekonstruierende Position des Arztes gegenüber dem Patienten und seinen Beschwerden. Ähnlich wie der Themenkomplex sinnliche Wahrnehmung trifft die Frage nach der Rolle von Emotionen bei den jungen Ärzten auf eine am ehesten als Reserviertheit zu beschreibende Haltung. Insbesondere der chirurgische Blick gibt sich in einer Abgrenzung zu empathischer Teilhabe betont affektneutral, ein „Hineinfühlen“ wird dezidiert zurückgewiesen. Eine durch den Störfaktor „Gefühl“ tangierte Interaktion erscheint unerwünscht, da sie in der Regel von den jüngeren Ärzten als Mangel an ärztlicher Professionalität gedeutet wird. Es ist zu vermuten, dass die normative Orientierung am ärztlichen Rollenmerkmal der „professionellen Distanz“ diesen für die Selbstkonzeption relevanten Äußerungen Vorschub leistet, die das „Abschalten“ eines mögli-

cherweise emotionalen Bezugs beinhalten. Insgesamt wird eine zu große Nähe zum „Erkenntnisgegenstand Patient“ wie auch eine individuell unterschiedlich motivierte Bezugnahme auf den Patienten besonders vehement negiert²⁸¹:

„Ob das jetzt der Herr Müller ist, der mir nicht wohlgesonnen ist oder ob das der Herr Meier ist, der mich auch auf einer menschlichen Ebene mehr anspricht, das spielt nicht so die Rolle für mich, da muss ich sagen, da schalte ich ab, ob mir der Mensch wohlgesonnen oder nicht ist.“

Wenn überhaupt erwähnt, wird die Interaktion mit dem Patienten vornehmlich auf den Aspekt der professionellen Vertrauensbildung im Rahmen des Arzt-Patient-Verhältnisses reduziert. Eine Zuspitzung dessen findet sich bei den beiden Ärzten mit der geringsten praktischen Erfahrung, die das Vertrauensthema punktuell in seiner Bedeutung verkehren: Nicht der Patient gibt dem Arzt im Rahmen eines Annäherungsprozesses sein Vertrauen, sondern kann umgekehrt der Arzt als „Leistungsanbieter“ prüfen und entscheiden, ob er dem Patienten vertrauen kann und möchte:

„Er will ja auch von mir eine Leistung haben, sonst kann er ja auch direkt gehen, also deswegen muss er auch versuchen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.“

Nur die sehr intensive Nachfrage erbringt bei den jüngeren Ärzten Eingeständnisse in Bezug auf eine nicht nur faktenbasierte Ebene der Interaktion, die aber entweder relativierend als angenehmer Nebeneffekt anklingt (*„Das ist einfach schön, wenn man einen Patienten hat, mit dem man sich gut austauschen kann.“*) oder einen deutlich instrumentellen, auf reibungslose Durchführung zielenden Bezug offenbart, die die Kontrolle und Steuerung des Interaktionsablaufs ermöglicht:

„Dass man gemerkt hat, auf welche Fragen reagiert der Patient positiv, eher weniger auf die richtige Frage, sondern mehr, wie stelle ich die Frage. Also in welchem Tonfall, wie freundlich, wie wenig freundlich, wie präzise.“

Der Patient wird vorwiegend als Objekt beschrieben, „mit dem etwas gemacht wird“. (*„mit dem kann man eine Therapie und eine Diagnostik machen und mit dem kann man es schlechter machen.“*). So wird das Verhalten des Patienten entweder verkürzend unter dem Aspekt der Verwertbarkeit seiner Aussagen oder dem des „Mitmachens“ im Sinne seiner Unterordnung (als „compliance“) gedeutet.

„In der Compliance schlägt sich das nieder, also was er macht oder was ich ihm rate oder wie gut er mitmacht“

²⁸¹ Auch die psychiatrische Assistenzärztin, deren Arbeit mit dem Patienten per se auf Nähe und vor allem subjektivem Nachvollzug basiert, äußert sich gelegentlich distanzierend, was bei ihr sicherlich auch als Abgrenzung vor zu großer emotionaler Vereinnahmung durch den Patienten zu verstehen ist.

Deutlich werden zudem aus den organisatorischen Rahmenbedingungen resultierende Schwierigkeiten, die für jüngere Ärzte besonders belastend zu sein scheinen. So ist der oftmals anzutreffende Umstand der Zeitknappheit, der fast ausnahmslos von den Assistenzärzten problematisiert wird, für die Entwicklung einer persönlichen Beziehung zum Patienten sicherlich abträglich. Beispiele hierfür sind die stationäre Notaufnahme, in der „*Tohuwabohu*“ herrscht oder generell der sehr „*straff organisierte*“ Klinikalltag, in welchem auch oder gerade patientenbezogene Arbeitsanteile auf das Notwendigste reduziert werden müssen:

„Ich versuch das möglichst straff zu gestalten, das abzuarbeiten und ich muss jetzt auch nicht unbedingt frühstücken gehen. Ich mach lieber die Visite schneller“

Das Verhältnis zum Patienten „leidet“ darunter offenkundig:

„Das Verhältnis zum Patienten würd' ich sagen ist wechselhaft. Manchmal kommt man mit jemandem gut klar und manchmal ist das halt auf `ner schlechten Ebene. Besser läuft' s, wenn man mehr Zeit hat. (...) Dass man sehr wenig Zeit hat, und deshalb Leute sehr knapp behandeln muss, das ist schon blöd, das macht sich auch nicht gut.“

Für die jüngeren Ärzte erweist sich die Zeitknappheit im Bereich des Patientenkontakts als besonders fatal. Nicht nur kann der im Prinzip erwünschte intensivere Kontakt nicht verwirklicht werden, auch scheint es für die unerfahreneren Ärzte schwierig, unter Zeitdruck wichtige Informationen aus der Arzt-Patient-Begegnung zu generieren.

3.1.4.2 Beziehungsgestaltung in der Erstbegegnung im Rahmen subjektivierenden Handelns: „Die klinische Annäherung an den Patient“ durch „Empathie“

Die in der Sekundäranalyse der Studie Schachtners für den subjektivierenden Handlungstypus konstatierte Zentralstellung der Beziehungsebene ist für die Beziehungsgestaltung der erfahrenen Ärzte in der Erstbegegnung zu bestätigen. Der Anamnese als Initialereignis wird dabei die Aufgabe eines positiven Beziehungsaufbaus zuteil, der vor allem im Fall des internistischen Hausarztes, der eine langfristige Beziehung im Sinne einer „*Lebensbegleitung*“ seiner Patienten als Ideal anführt, als wichtige Basis des Arbeitshandelns deutlich wird. Sicherlich nicht zufällig beschreibt ein internistischer Oberarzt die Anamnese als „*die klinische Annäherung an den Patienten*“. Als ausschlaggebend für die Anfangsphase der Arzt-Patient-Begegnung zeigt sich das Entstehen einer Vertrautheit, auf deren Basis die Genese persönlicher Informationen gelingt.

„Man kommt also langsam auf diese Zusammenhänge, das ist ja ein Prozess mehrerer Gespräche, die Patienten erzählen einem das ja nicht gleich beim ersten Mal sofort alles“

Ein intensiverer Beziehungsaufbau als „*Interaktion, in Zeit und Ruhe etwas entwickeln können*“, wie es der Hausarzt beschreibt, kann im Klinikalltag sicherlich nur in Ausnahmefällen gewährleistet werden. Dennoch ist der erfahrene Arzt auch im Rahmen der klinischen Versorgung bestrebt, die „Dyade“ Arzt-Patient in eine kooperierende Einheit von Arzt und Patient zu transformieren. Hierzu wird auch ein offenes und zugewandtes Verhalten des Arztes gegenüber dem Patienten als beziehungsfördernd beschrieben:

„Nicht dass man sich so hinsetzt nach dem Motto, ok, ich will jetzt die Informationen von dir, der Rest interessiert mich nicht, sondern dass man einfach auch ein bisschen auf die Leute zugeht.“

Von besonderer Bedeutung erscheint dabei, dass der Patient als individuelles Subjekt im Vordergrund steht, dessen Eigenständigkeit im eigenen Handeln zu berücksichtigen ist.

„Mit wem habe ich es konkret zu tun. Was sagt mir dieser Mensch, mit dem ich es zu tun habe?“

Hierzu zählt die im Rahmen eines subjektiven Nachvollzugs gelingende Berücksichtigung des individuellen Schmerzempfindens („*Ein Patient sagt ganz genau, wo es weh tut und dass es brennt und ein anderer kann das nur ganz diffus wahrnehmen, als würde der ganze Körper wehtun.*“) wie auch „*dass man auch die Leute wirklich ernst nimmt*“. „Ernst genommen“ wird der Patient als „Subjekt“ auch in seinem subjektiven Wissen um seinen Körper und seine Erkrankung: „*Der weiß es was ihm fehlt, das ist ja sein Körper, mit dem läuft er ja schon von Anbeginn herum*“.

Der Subjektstatus des Patienten manifestiert sich auch in der Berücksichtigung des persönlichen Befindens, das als wichtige Grundvoraussetzung für das Gelingen der Begegnung (auch, und so scheint es, vor allem, in hoch technisierten Zusammenhängen) genannt wird.

„Dass sich der Kranke oder die kranke Person aufgenommen fühlt, wohl fühlt, nicht versteckt hinter Ketten von Untersuchungen“

Die geschilderte Beeinträchtigung des Erkenntnisprozesses durch eine gestörte Patientenbeziehung verweist darauf, in welchem hohem Maß die Ergebnisqualität des ärztlichen Handelns offenbar in vielen Fällen von der Qualität der persönlichen Beziehung abhängig ist. Im Rahmen einer realistischen Selbsteinschätzung spürt der Experte, wenn er seinem eigenen Anspruch nicht gerecht werden und aufgrund eines gestörten Patientenbezugs nicht die gewohnte Arbeitsleistung erbringen kann:

„Irgendwas stimmt nicht in der Beziehung zu diesem Patienten und als Kampfbegriff könnte man dann sagen, das ist eine Nervensäge. Die macht mir das Leben schwer, wenn die kommt, geht's mir nicht gut.“

Deutlich werden subjektive Dispositionen des Arztes, die in der Auseinandersetzung mit dem Patienten unverzichtbar erscheinen und die als Leistungen subjektivierenden Handelns hervorzuheben sind. Die offenbar äußerst voraussetzungsvolle Situation, die die Patientenbegegnung gerade auf Beziehungsebene bedeutet, veranschaulicht folgendes Zitat:

„Ich soll aber auch gleichzeitig maximal offen sein und alles sehen können und trotz dem gibt's Sympathie, Antipathie, sich riechen können, (...) gibt es da Unterschiede. Und entsprechend kann die Zuwendung ganz anders ausschauen.“

Vor herausragender Bedeutung für die erfahrenen Internisten im Handlungsbereich Anamnese bzw. allgemein für das Patientengespräch erweist sich Empathiefähigkeit. Sie scheint als elementare Voraussetzung des professionellen ärztlichen Handlungsstils mehr als nur auf. So ermöglicht Empathie als zentrales Medium der Erkenntnis zudem eine bessere Erkenntnis aufgrund „geschärfter Sinne“. Auch zeigt sich hierin die enge Verbindung einer empathischen Haltung gegenüber dem Patienten mit subjektivierenden Vorgehensweisen der sinnlichen Wahrnehmung:

„Ich würde sagen, wenn die Empathie groß ist, dann sind ja auch die Sinne geschärft. (...) Wo dann auch die Empathie vielleicht nicht so groß ist, dann verkümmern halt die Sinne. Dann übersehe ich Dinge, dann schaue ich schon gar nicht genau hin.“

Im Rahmen dieser spezifischen Art der Erkenntnisgenese weist auch die Art der Gesprächsführung des erfahrenen Arztes einige Besonderheiten auf. Mehr als nur dialogisch angelegt gesteht allein die Betonung des „den Patienten reden lassen“ und hiermit verbunden die Einnahme der passiven Seite des Zuhörenden dem Patienten einen tendenziell höheren Gesprächsanteil und vor allem Subjektcharakter zu. Auf einer Ebene mit dem Patienten, verdeutlicht zum Beispiel durch die Nachahmung des traurigen Tonfalls des einsamen Patienten, wird dessen Problem durch Perspektivenübernahme eruiert. Die einfühlsame Nachfrage, die sich nur scheinbar auf der personalen Ebene, der Ebene des „small talks“, tatsächlich aber auf der „Bearbeitungsebene“ vollzieht, kann „den Patienten aufmachen“ und so zur Genese krankheitsrelevanter Informationen führen.

„Dann sagt der: Ja mei, mir geht's sowieso überhaupt net so gut. So fängt man dann an, den Patienten aufzumachen. Da fragt man: Hams Ärger daheim? und dann kommt eins zum andern.“

Von wesentlicher Relevanz erscheint auch Sensibilität als Eigenschaft des Arztes bei der Anamnese („vorsichtig leiten“, „Fingerspitzengefühl“ und „den richtigen Knopf drücken“). Der Arzt, der aufgrund von Burnout nicht mehr emotional involviert sein kann, läuft Gefahr, etwas zu übersehen:

„Und wenn das Gegenüber für den Arzt nur einer von vielen ist, der ihn eigentlich gar nicht interessiert, dann wird es gefährlich, warum soll er dann so genau schauen.“

So ist die Formel der Empathie auch unter dem Gesichtspunkt einer psychisch-emotionalen Disposition, zu verstehen, den (vermeintlich klaren) Patienten nicht als Routinefall zu betrachten, nicht abzustumpfen, nicht „*faul*“ zu werden, sondern dem „Experiment Patient“ in seinem Eigenleben, als unberechenbares Individuum und nicht als „*einer von vielen*“, „*mit geschärften Sinnen*“ zu begegnen. Typischerweise wird die Bewältigung einer Schwierigkeit als Herausforderung aufgefasst. Der Experte reagiert weniger mit Stress und Überforderung, sondern mit einer speziellen Form der Motivation, die sich in der Umschreibung des zu lösenden Problems als „*Rätsel*“ oder des eigenen Tuns als „*Kriminalistik*“ oder „*Detektivarbeit*“ äußert. Fehler entstehen auf der anderen Seite „*wenn man zu nachlässig geworden ist, zu schlampig, zu selbstgewiss.*“

3.2 Die „Blickdiagnose“ als Domäne subjektivierenden Handelns

Als – allerdings nicht unüblicher- Sonderfall im Rahmen des diagnostischen Prozesses ist die so genannte „Blickdiagnose“ zu behandeln, die häufig mit emotionalen Begleitzuständen wie Stolz, Ehrgeiz u. ä. konnotiert ist: Die Blickdiagnose zeichnet sich dadurch aus, dass eine Diagnose beim bloßen Anblick des Patienten gestellt wird, somit ein nicht planmäßig strukturierter, verschiedene Ebenen umfassender Erkenntnisvorgang stattfindet. Auch kommen die Phänomene „*Ärztlicher Blick*“, und sicherlich auch die „*Ärztliche Intuition*“ in der Blickdiagnose auf sehr plakative Weise zum Tragen.

Durch die handlungstheoretische Analyse wird die Blickdiagnose zunächst als Vorgang komplexer sinnlicher Wahrnehmung deutlich. Explizit als „*sinnliche Erfahrung*“ bezeichnet, sind hier verschiedene Sinneswahrnehmungen als miteinander verschränkt zu erkennen:

„Sinnliche Erfahrung ist ja ganz wichtig. Diagnostik des ersten Blicks ist ja was sinnliches, das ist ja Sehen. Sehen, Riechen, Hören, Fühlen, das wird ja alles eigentlich beansprucht“.

Als ein wesentliches Element der spezifischen Erkenntnisleistung der Blickdiagnose ist es zu betrachten, dass offenbar durch die spontane Anmutung des Patienten bildhafte Erinnerungen hervorgerufen werden, die ein spezifisches professionelles Wissen aktualisieren, welches die Problemlösung ermöglicht.

„Zum Beispiel habe ich schon mal das Vollbild einer Manie gesehen. (...) Das war schon eindrucksvoll, die war dermaßen größenwahnsinnig, antriebsgesteigert, sich selbst überschätzend, mit tausenden Ideen gleichzeitig. Die war wirklich ein Vollbild, wie man es selten sieht. Wie es im Lehrbuch steht. Das ist dann schon sehr eindrucksvoll.“

So kann die psychiatrische Assistenzärztin nach dieser besonders eindrücklichen Patientenbegegnung ein bestimmtes Krankheitsbild auf Basis dieser Erfahrung schneller und sicherer erkennen. Erinnerung werden hierbei vor allem charakteristische Details, die als Bilder abgespeichert werden²⁸², in diesem Fall nicht-medizinische, lebensweltliche Merkmale des Patienten (*„Die sehen oft so aus, dass die Frauen sehr stark geschminkt sind, sehr bunte Klamotten anhaben, sehr behangen sind mit Schmuck und nichts passt so richtig zusammen. Es ist too much von allem. Das ist typisch für ne Manie.“*). Das Erkennen eines Krankheitsbilds im Rahmen der Blickdiagnose kann so als assoziative Verknüpfung zwischen dem Anblick des Patienten (*„irgendwann habe ich dann gesehen, wie er so dasteht“, „wie die humpeln“*) und ähnlich selbst erfahrenen Situationen aufgezeigt werden. Im simultanen Abgleich des konkreten Patienten mit einer Vielzahl bereits gesehener bzw. „erfahrener“ Fälle kann die aktuelle Situation interpretiert und beurteilt werden. Als wesentliche Voraussetzung für das Stellen einer Blickdiagnose erscheint das „Auffangen“ von „Zeichen“ oder „Signalen“, das im Rahmen assoziativen und imaginativen Denkens zu verorten ist.

„Man kann das schon versuchen, dem Patienten gegenüber treten, ohne jetzt mit ihm gesprochen zu haben, teilt er Ihnen einige Informationen schon mit. Die müssen Sie auffangen, diese Signale. Dazu müssen Sie in der Lage sein.“

Deutlich wird die aus dem Anblick des Patienten abgeleitete Diagnose als subjektive Strukturierungsleistung verschiedener Informationen und Eindrücke (*„geschilderte Symptome, geschildertes überhaupt Erleben oder Gesprochenes mit Verhalten, mit Aussehen“*) durch den ärztlichen Experten. Die Wahrnehmung bestimmter Merkmale oder Eigenschaften des Patienten und seiner Symptomatik führt dabei nicht auf dem Wege logisch-fachbegrifflichen Denkens Prozesses, sondern auf direktem, sprunghaftem Weg, dem des analogen Denkens, zu ähnlichen Erfahrungen und damit verbundenen Wissensbeständen. Dieses Wissen scheint vom formalisierten Wissen um pathophysiologische Zusammenhänge abgekoppelt und stellt auf ein „Wiedererkennen“ von äußeren Merkmalen bzw. den blitzartigen und simultanen Abruf lösungsrelevanter Bilder sind, ab:

²⁸² Der ärztliche Blick zeigt jedoch auch unter hoher Fluktuation erstaunliche Qualitäten (des „Wiedererkennens“): *„Wenn ich die Leute meistens schon seit 15 Jahren kenne, erkenne ich meistens den Leberfleck wieder- Ah, Sie sind das!“*

„Wenn man ein paar Nierenkoliken gesehen hat, dann weiß man, der hat eine- das ist ein Wahnsinnschmerz, wie die drinliegen“

Das „wie“ als Wahrnehmung einer bestimmten Qualität des Schmerzes wird hierbei als erlebnisbezogene Vorstellung vergegenwärtigt, die ein Interviewpartner als „automatischer Vorgang“ beschreibt. Für den Experten haben diese „Zeichen“ auf der Grundlage seines Erfahrungswissens einen so distinktiven Charakter, *„dass man das einfach weiß.“* Ein Oberarzt geht sogar soweit, die Blickdiagnose zu einem zentralen Kriterium des ‚guten Arztes‘²⁸³ zu erheben, der dann auf diagnostische Unterstützung nur noch zur Bestätigung seines bereits sicheren Verdachts zurückgreift:

„Ich sage immer, der Gute (Arzt) braucht dann dafür gar kein Gerät mehr, das bestätigt das dann nur noch. Also er kommt aus der Kabine raus und dann weiß ich schon ist das Lungenkolik oder Gallenkolik.“

Häufig wird die Blickdiagnose mit Intuition in Verbindung gebracht, die hierdurch als internalisiertes Wissen aufgeschlüsselt wird:

„Das ist das, was man dann lernen soll, dass man intuitiv, bei mir ist das schon so drin, dass ich bei einem 70 jährigen schon gar nicht mehr daran denke.“

Auch erschließt sich der als „Intuition“ gefasste Vorgang als spezifische physisch-emotionale Verfasstheit des Experten:

„Das ist intuitiv. Das erfassen Sie intuitiv in dem Moment. Man muss versuchen, sehr aufmerksam zu sein, man muss sich schon sehr konzentrieren. Und nach `ner durchgemachten Nacht ist das schlecht, da hat man nicht so viele Antennen wissen Sie. Das hängt schon auch, man muss schon immer präsent sein.“

Die Selbstbeschreibungen *„aufmerksam sein“*, *„präsent sein“*, *„Antennen“*, die vorhanden sein müssen, verweisen auf einen Erkenntnisvorgang im Rahmen von höchster Konzentration und Sinnesgeleitetheit. Dieser spezifischen motivationalen Disposition, im Rahmen derer der Experte diese Anforderungen löst, liegt weiterhin das Motiv der „Präzision“ zugrunde. Anders als auf den ersten Blick zu vermuten sein könnte, wird hiermit nicht die Selbstauffassung der Medizin als exakte Naturwissenschaft reproduziert, zum Ausdruck kommt in der Wendung des erfahrenen Arztes, in schwierigen oder „kritischen“ Situationen *„genau hinzuschauen“*, *„genau hinzuhören“* vielmehr eine intensive Befassung mit dem Gegenüber im Rahmen eines subjektivierenden Erkenntnisvorgangs. Trotz der scheinbaren Leichtigkeit der Blickdiagnose (*„Ich denke, dass einem das manchmal schon gar nicht mehr bewusst ist, wenn man*

²⁸³ Die junge Assistenzärztin muss hingegen, wie sie es formuliert, noch lernen, *„ihrem diagnostischen Blick zu trauen“*.

das viele Jahre gemacht hat. Dann kommen so viele Sachen zusammen, die dann automatisiert sind.“) handelt es sich hierbei um eine äußerst voraussetzungsvolle Expertenleistung.

Die Blickdiagnose ist weiterhin unter dem Aspekt der Ausbildungsoptimierung im Sinne eines praxisnahen Lernens interessant, einer zumindest in Deutschland selten eingesetzten Methode des Lernens im Medizinstudium:

„Die messen nichts. Aber die haben z.B. ein Examen mit der Disziplin „Most likely Diagnosis“. Die machen die Tür auf, der Student, und sagt was hat der dahinten? Nur das.“

Als Voraussetzung bzw. Grundlage des Lernens erscheint, *„dass die einfach viel Patienten kredenzt kriegen“*.

„Schauspieler, die einfach wissen, was sie schauspielern müssen, computersimuliert, oder echte Patienten, oder sich gegenseitig das alles vorspielen, richtig vorspielen, sensorisch gekoppelt mit allem“

Erneut zeigt sich, dass die Vielzahl von „sinnlich erfahrenen“ Patientenbegegnungen die Wissensgrundlage und Basis für die ärztliche Erkenntnis bildet.

3.3 Die körperliche Untersuchung

Die körperliche Untersuchung²⁸⁴ bildet, wie eingangs erwähnt, gemeinsam mit der Anamnese eine wesentliche erste Stufe im Prozess der Diagnosefindung. Die erfahrenen Ärzte betonen einhellig die Notwendigkeit einer gründlich durchgeführten körperlichen Untersuchung. Weiterhin fällt auf, dass die erfahrenen Ärzte, im Unterschied zu den ärztlichen Anfängern, den Themenkomplex der technikgestützten Diagnostik im Rahmen der Erstbegegnung noch kaum berühren, da der Erkenntnisgewinn durch eine sorgfältige Durchführung von Anamnese und körperlicher Untersuchung im Vordergrund der Schilderungen des eigenen Vorgehens steht. Im Gegensatz zur hohen Prominenz der körperlichen Untersuchung im Zuge des Erkenntnisprozesses der erfahrenen Ärzte scheint die körperliche Untersuchung, oftmals thematisch ver-

²⁸⁴ Die für die Pflege vorgestellten Befunde im Bereich erfahrungsgelitet-subjektivierenden Handelns (B 4.3.1.) verweisen auf die hohe Relevanz der über den Körper vermittelten Informationen im Bereich der menschnahen Arbeit. Diese ist auch bei den im Rahmen der vorliegenden Untersuchung interviewten Ärzten festzustellen. Eine im Vergleich zu den Pflegekräften möglicherweise weniger prominente Thematisierung des durch den Körper moderierten Erkenntnisvorgangs verweist jedoch auf die Spezifik des ärztlichen Erkenntnisprozesses, für den verschiedene Informationen aus heterogenen Informationsquellen (Anamnesegespräch, körperliche Untersuchung sowie „objektive Daten“) konstitutiv sind.

kürzt als Idee des physischen Kontakts aufgegriffen, für die jungen Ärzte einen deutlich geringeren Erkenntniswert zu besitzen. Hierbei beziehen sich Äußerungen vielfach auf vordergründige physisch-manuelle Verrichtungen wie „den Patient hochheben“ oder, *bestimmte Handgriffe mit jemand machen, die auch Kraft brauchen*“.

Zu identifizieren sind jedoch auch Passagen, in denen einige der jungen Ärzte bereits Ansätze zu subjektivierendem Handeln zeigen.

3.3.1 Die körperliche Untersuchung im Modus objektivierenden Handelns

„Von oben bis unten abklopfen“

Das Vorgehen der jungen Mediziner im Handlungsfeld der körperlichen Untersuchung weist Parallelen zur „schematischen“ Herangehensweise („ein Grundschema an täglicher Durchcheckung, an körperlicher Durchcheckung des Menschen) auf, die bereits für die Handlungsanforderung der Anamnese beschrieben wurde.

„Dann werd ich ihn körperlich untersuchen, mit Betonung darauf, was ich denke, um was für ein System es sich handelt, was da nicht funktioniert.“

Der Patient wird typischerweise „von oben bis unten abgeklopft“. Die Vorgehensweise bei der Untersuchung; klingt somit als planmäßige und sequentielle Abfolge an. Tendenziell hat die körperliche Untersuchung vielfach den Charakter einer gezielten Überprüfung von vorab vermuteten Beschwerdeursachen und konkreten physiologischen Vorgängen („Ich muss ja den Patienten untersuchen und da überall draufdrücken wo das Problem ist“), wobei in einigen Fällen offenbar auch die Reaktion des Patienten in das Vorgehen miteinbezogen wird („Wenn ich den Patienten untersuche, dann sehe ich ja, tut ihm das weh, wenn er jetzt die Miene verzieht, merke ich: gut das tut ihm jetzt weh, da könnte ein Problem sein.“).

Die Rolle des körperlichen Kontakts zum Patienten wird vielfach auf das „Anfassen“ reduziert. („Wenn man den Patienten untersucht natürlich, da fasst man den Patienten an.“). Auf einen körperlichen Austauschprozess wird sich hingegen kaum bezogen.

So wird z. B. die Rolle des Erkenntnisobjekts lebendiger Mensch und menschlicher Körper von dem Assistenzarzt nur in Bezug auf ethische Belange differenziert („Also kann man schwer sagen, natürlich steht der Mensch im Vordergrund, weil wenn ich jemanden kenn’

dann habe ich auch einen ethischen Gedanken.“) bzw. der Gedanke des Austauschs mit dem Patienten im Sinne eines honorierenden „Feedbacks“ interpretiert:

„Also das ist eine Bestätigung, die braucht man, auch wenn ich ein Auto repariere, ein Monteur kann auch seine Arbeit nicht befriedigend durchführen wenn er weiß, das Auto funktioniert nachher immer noch nicht.“

Zum Ausdruck kommt erneut eine für die jüngeren Ärzte typische perspektivische Verkürzung der Interaktionsidee. Deutlich wird in der Tendenz eine „mechanistische“ Auffassung von Mensch, Körper und Krankheit, die sich als kompatibel mit einer planmäßig-rationalen Handlungsausführung erweist bzw. auf „funktioneller“ Ebene sogar eine Analogie zur Reparatur eines Autos hergestellt:

„Das ist schon ein Unterschied, ob ich einen Menschen behandel oder eine Maschine, aber funktionell gesehen, wenn ich Diagnostik mache und jetzt den Menschen mal außen vor lasse, sehe ich das schon als eine funktionelle Sache muss ich sagen. Also es geht mir schon darum, wenn irgendwas nicht funktioniert, das zu beheben.“

Objektivierung der sinnlichen Wahrnehmung durch theoretische Konzepte

Grundsätzlich werden übereinstimmend der Körper und damit auch die Sinne als funktional erforderlich zur Ausführung der körperlichen Untersuchung thematisiert. Die internistische Assistenzärztin, die bereits über einige praktische Erfahrung vor allem durch ihre Tätigkeit in der Notaufnahme verfügt, zeigt bereits ein umfassendes Verständnis von Wahrnehmung:

„Dann auch optische Eindrücke, wie ist der Gepflegtheitszustand, wie sind die Fingernägel, wie sehen die Zehen aus, dann /äh/ wie ist der ganze Hautzustand, wie ist der Mensch angezogen, da kann man auch was rückschließen, aus welchem sozialen Milieu jemand kommt.“

Insgesamt überwiegt jedoch ein instrumentell zu beschreibender Zugriff auf die Sinne, so als gezieltes Tasten oder Riechen. Vielfach ist die sinnliche Wahrnehmung offenbar theoretischen Konstrukten untergeordnet bzw. wird als diesen zutragend eingesetzt. Erkennbar wird in der Äußerung des wissenschaftsaffinen Assistenzarztes durch den Verweis auf ein theoretisches Konzept (Keime) eine Objektivierung der eigenen sinnlichen Wahrnehmung:

„Ob das Bein jetzt anders riecht, weil da ein Keim drin ist oder wenn ich da drauf taste und es knistert, dann höre ich, ob da vielleicht ein Gas oder eine Bakterie drin ist in dem Bein“

So gibt es im Rahmen der körperlichen Untersuchung zwar eine sinnliche Fundierung, die sich jedoch vorwiegend im objektivierenden Modus vollzieht.

Einige Textpassagen zum Themenkomplex körperliche Untersuchung sind jedoch von Ambivalenzen geprägt. So wird sich in Bezug auf den Patientenkörper stärker als in anderen Bereichen auf unscharfe Wahrnehmungsaspekte wie fühlen und riechen („*Selbst die Nase spielt eine Rolle, wenn ich eine Wunde aufmache und kann den Keim riechen*“) bezogen:

„Vor allem, wenn ich halt sehe, das ist geschwollen, ich fühle, das knirscht schon total, das muss gebrochen sein. Das ist etwas wo ich sage, das ist sehr mit den Sinnen verbunden. Krepitation heißt das. Das ist ein Zeichen dafür, dass etwas gebrochen ist.“

Auch verweist der junge, stark am Konzept der Wissenschaftlichkeit orientierte Arzt durchaus mit Respekt auf das (subjektivierende) Handeln von Ärzten in der prä-technisierten Medizin:

„Früher haben die Ärzte sogar den Urin geschmeckt und geguckt, ob da ein Diabetes im Gang ist oder nicht, also die Sinne spielen für die Diagnostik eine Rolle, vollkommen klar.“

Wissen und Denken: Theoretisch geleitetes Vorgehen

Im Rahmen eines an theoretischen Konzepten orientierten Vorgehens bietet die körperliche Untersuchung die Möglichkeit zur Bestätigung oder Revision von Hypothesen. Handlungsleitend für die praktische Durchführung ist die Bezugnahme auf konkret beschreibbare Symptomaten, die sich aus formalen Krankheitsbeschreibungen ableiten lassen (Keime, Krepitation) und die gezielt eruiert und mit dem Befund unter Bezugnahme auf Theoriewissen abgeglichen werden.

Essentialia der körperlichen Untersuchung müssen zumeist in langjähriger Übung erarbeitet werden. Beschrieben werden hier von der internistischen Assistenzärztin, die sich noch am Anfang der Ausbildung befindet, die Schwierigkeiten der Einordnung von Herztönen..

„Ich muss halt lernen, das Geräusch richtig zu beurteilen und ich werde am Anfang das Geräusch nicht richtig beurteilen. Wenn ich es hundert- oder hundertfünfzigmal gehört habe, dann kann ich es richtig einschätzen.“ (...) Wenn ich das Herz abhöre, will ich wissen sind das reine Herztöne oder sind irgendwelche Geräusche dabei, dass es, also Herzgeräusche sind halt immer, wenn ich so ein leises äschhhhh" zwischen dem normalen Herzklopfen höre, dass man dann Auskünfte geben kann. Einem erfahrenen Kardiologe, der das jeden Tag zwanzig- oder dreißigmal hört, der kann sofort sagen, was ist das für ein Geräusch und hat eine Verdachtsdiagnose und ich kann z.B. eben nur sagen, ich höre überhaupt ein Herzgeräusch.“

Angedeutet sei hiermit die Relevanz nicht-objektivierbarer Informationen, deren Bedeutung sich erst im Rahmen eines erfahrungsbasierten Lernprozesses erschließt.

Beziehungsebene: Reduktion des Patienten auf physische „Defekte“

Hinsichtlich der Bezugnahme auf den Patienten akzentuiert der Themenkomplex der körperlichen Untersuchung das bislang konturierte Bild insofern, als dass auch die körperliche Kontaktaufnahme zum Patienten kaum eine Veränderung auf der Ebene des persönlichen Bezugs bewirkt. Bestehen bleibt eine distanzierte Form der Beziehung zu einem Objekt, als welches der Patient auch im Rahmen der körperlichen Untersuchung in fast noch höherem Masse begriffen wird. Weniger als auf den Patienten und seine möglicherweise individuellen Besonderheiten, die in keiner Schilderung des eigenen Handelns Erwähnung finden, wird im Rahmen eines partialisierenden Zugriffs nur auf die Physis des Patienten Bezug genommen, wie es, besonders zugespitzt im Vergleich des Assistenzarztes mit der Tätigkeit des Automechanikers zum Ausdruck kommt, die er als Behebung eines „Defekts“ umreisst.

Nur in Ausnahmefällen wird „*ein bisschen die Hand*“ gehalten und zur Beruhigung auf den Patienten „eingeredet“, worin eine sich auf die Person des Patienten erstreckende Bezugnahme zu erkennen ist. Der Objektstatus des Patienten manifestiert sich auch im „abzuklopfenden“ Körper. Die Folge dieser Art der Bezugnahme auf den Patienten ist ein zumeist einer eher oberflächlicher Kontakt, der durch umso intensiveren Technikeinsatz kompensiert werden muss. Die Erkenntnischance, die Nähe und Aufbau einer Beziehung zum Patienten grundsätzlich bieten, bleiben so vielfach noch ungenutzt.

3.3.2 Die körperliche Untersuchung im Modus subjektivierenden Handelns

„Entdeckendes“ Vorgehen

Der generelle „experimentierende“ Ansatz des Experten, wie er in zahlreichen Metaphern wie dem des „*Experiments*“ oder der „*Detektivarbeit*“ zum Ausdruck kommt, erstreckt sich auch auf die körperliche Untersuchung, die typischerweise im Stil eines schrittweise-explorativen „*Entdeckens*“ verläuft. Am Patientenkörper werden experimentierend „Eindrücke“ überprüft („*tut weniger weh, wenn man drauf drückt*“) und beim parallelen „*Plaudern*“ neues Wissen über den Patienten erkundet. Hierbei zeigt sich, dass der verbale Austausch über den zusätzlichen Körperkontakt begünstigt werden kann. Mehr als nur als vertrauensgenerierend thematisiert, kommt er als entspannender Effekt durch Berührung im Rahmen der körperlichen Untersuchung, zum anderen als Gedächtnisstütze für ältere Patienten, die keine vollständige Schmerzbeschreibung mehr leisten können, zur Sprache.

„Vor allem ist es wichtig bei älteren Menschen, die schon das eine oder andere vergessen, die sich schwer tun mit dem erinnern, wenn Sie das dann noch mal überprüfen, wenn Sie die Organe durchgehen, dann fällt dem noch ein: Oh, mei, da zwickt' s allweil, jetzt wo's hinlangen, da fällt' s mir wieder ein.“

Die Handlungsvollzüge des Experten lassen ein maximal interaktives Vorgehen erkennen, auf Basis dessen Handlungsanforderungen typischerweise in Kooperation bewältigt werden, der Dialog mit dem Patienten unterstützt und vertieft wird.

Die Ebene der körperlichen Untersuchung erfüllt hierbei die Funktion, das Patientenproblem *„eher von einer anderen Seite (zu) beleuchten“*. Ähnlich wie in der Anamnese wird zunächst der Gewinn eines generellen Eindrucks angestrebt (*„der allgemeine körperliche Zustand“*, *„Wie ist denn der beieinander?“*)

Nicht nur die akute Beschwerde des Patienten wird funktional-technisch überprüft, sondern eine umfassendere Beurteilung seiner körperlichen Verfassung angestrebt:

„Diese Sorge ums Generelle, also dass man jetzt nicht nur dem aktuellen Anlass nachgeht, sondern sagt, ok wir nutzen die Gelegenheit, schauen uns alles an in Ruhe und mit Sorgfalt, das ist so ein Gedanke.“

Sinnliche Wahrnehmung als tragendes Element der körperlichen Untersuchung

Für den Experten stellt die körperliche Untersuchung offenbar ein bedeutendes Medium der Erkenntnis dar, das weithin von Prozessen sinnlicher Wahrnehmung dominiert wird. Sinnliche Wahrnehmung wird als praktischer Umgang mit dem Patienten und dessen Körper, durch körperliche Berührung mit den Händen und sinnlicher Auseinandersetzung mit dem Gegenüber, greifbar. So erscheint der gesamte „Leib-Körper“ des Experten in den von sinnlicher Wahrnehmung geleiteten Erkenntnisvorgang involviert.

„Da gibt's die Schilddrüse, da gibt's die Halsgefäße, das schaut man sich ganz genau an. Dann schaut man sich Herz und Lunge an, da hört man hin genau auf die Herzaktionen, gibt es da pathologische Geräusche?“

Wie im folgenden Zitat deutlich wird, sieht hierin insbesondere der „Kliniker“ seinen Schwerpunkt:

„Das ist das spannende an der Arbeit, in der klinischen Medizin meines Erachtens, dass man mit seinen Händen und seinen fünf Sinnen, dass man den Patienten damit bewältigen kann, dass man damit rumkommt. Das finde ich äußerst spannend.“

Die Vorgehensweise des vorrangigen Einsatzes von Sinnen wird als *„mein Handwerkszeug, so arbeite ich“* beschrieben. Die vage erscheinende Ausrichtung sinnlicher Wahrnehmung zeigt sich hier durchaus mit dem beim Experten zu beobachtenden „Modus der Präzision“

vereinbar. Auch im Rahmen der körperlichen Untersuchung richtet sich die sinnliche Wahrnehmung auf eher unspezifische und nicht-eindeutig definier- und messbare Informationen („vielleicht hat der an der Haut irgendwas, die Haut ist ja ein Erfolgsorgan von vielen inneren Organen, was ja Rückschlüsse gibt...“), die der Experte als Ergänzung zur Anamnese in seine Gesamtwahrnehmung integriert. Graduelle und nur qualitativ beurteilbare Abweichungen („geföhlt, hart, dass was hart sein kann, das eigentlich weich sein müsste, solche Dinge“) des Patientenkörpers können so miteinbezogen werden.

Auch im Rahmen einer chirurgischen Handwerkskunst sind an die sinnliche Wahrnehmung gebundene Fertigkeiten offenbar von besonderer Relevanz: Es handelt sich hierbei um ein körpergebundenes Erfahrungswissen: die Haptik eines Knochenbruchs wird beispielsweise zu einer maßgeblichen Informationsquelle für das Vorgehen während der Operation. Um beispielsweise die Lage eines gebrochenen Knochens im Körper zu lokalisieren, wie die junge Chirurgin²⁸⁵ beobachtet, schließt der Chefarzt die Augen, um sich voll auf seine taktile Wahrnehmung des gebrochenen Knochens konzentrieren zu können. Trotz der Tatsache, dass dreidimensionale Röntgenmonitore des gebrochenen Knochens zur Verfügung stehen, wird in einem solchen Fall die eigene sinnliche Wahrnehmung als zusätzliche – eventuell überlegene - Erkenntnisquelle herangezogen.

„Körperwissen“

Mit der körperlichen Untersuchung tritt ein als körperliches Erfahrungswissen zu beschreibendes Wissen in den Erkenntnisprozess ein, welches sich in besonderem Masse unmittelbar aus der sinnlichen Wahrnehmung speist. Der erfahrene Untersucher verfügt über Wissen, das sich neben der optischen Erscheinung von Krankheiten auch auf deren Haptik erstreckt. Auf Basis der inkorporierten Erfahrung, z. B. „eine zirrhotische Leber wirklich mal in der Hand zu haben“, ist ein mentaler Prozess möglich, in welchem Denken weniger in Begriffen und logischen Operationen erfolgt, als durch die Aktualisierung von selbst („am eigenen Leib“) Erlebtem, „Erfahrenem“. Körperliche Auffälligkeiten des Patienten werden erneut qualitativ und unter Verzicht auf eine Bezugnahme auf theoretische Konzepte beschrieben:

"wie dick die Leber ist, ob da schon mehrere Biere drübergegangen sind"²⁸⁶, wie die Konsistenz ist, das kann man schon tasten".

²⁸⁵ Die chirurgische Assistenzärztin selbst verfügt über diese Fähigkeiten noch nicht, erkennt sie jedoch als wichtige Kompetenzen an.

²⁸⁶ Auch zeigt sich der Verzicht auf Fachterminologie zugunsten einer empfindenden, bildhaft-anschaulichen Beschreibung als Expertenmerkmal.

Aktuelle Wahrnehmungen werden so im Abgleich mit (sinnlichen) Erfahrungen bewertet.

„Ähm/ das sind ... /äh/... wie gesagt, zum Beschreiben ist das ein bisschen schwierig. Es sind Gefäßerweiterungen an bestimmten Stellen, wenn man es nicht weiß, sage ich jetzt mal, würde man drüber gehen oder würde man eben Gefahr laufen, das zu übersehen, aber wenn man es mal gesehen hat, dann weiß man worauf man achten muss. Ist wie gesagt ein bisschen schwierig zu erklären, aber es ist halt beispielsweise so, dass wenn so was zum Beispiel vorliegt, dann würde das halt auch die Geschichte von so einem Alkoholmissbrauch dann eben untermauern.“

So entsteht durch eine subjektive Strukturierungsleistung von scheinbar unzusammenhängenden Tatsachen ein Gesamtbild.

„Das sind einfach, sage ich jetzt mal, Informationen die jetzt nicht primär die Hauptrolle spielen, aber gewissermaßen einfach mit dazu zählen oder einfach, dass ich die Hautbeschaffenheit des Patienten mir anschau oder die allgemeine körperliche Konsistenz.“

Deutlich wird, in welcher Weise der Experte seine sinnliche Wahrnehmung, erfahrungsbasiertes Wissen und formaltheoretisches Wissens im Rahmen des Denkprozesses bei der Diagnosefindung verbindet. Die besondere Befähigung des Experten, Wahrnehmungs- und Denkprozesse in den Vollzug eines Handlungsablaufs einzulassen, kommt in der körperlichen Untersuchung in besonders greifbarer Form zum Tragen. Das vom Experten geschilderte Untersuchen des Patienten im „Rahmen des internalisierten Untersuchungsgangs“ und parallele Führen des Gesprächs lässt sich so als zeitgleicher Gewinn verschiedener Informationen aufzeigen, die mit der Handlungsebene unmittelbar verwoben sind.

Kooperation von Arzt und Patient im Rahmen der körperlichen Untersuchung

Im Rahmen des Handlungsfelds der körperlichen Untersuchung wird der Aspekt der auch physischen Nähe greifbar. Der Experte weiß die Berührung im Rahmen der körperlichen Untersuchung als Gelegenheit zum Aufbau eines „leiblichen Kontakts“ und somit zur Vertiefung der für den Erkenntnisprozess relevanten Austauschbeziehung zu nutzen. Das Befreien des Patienten von Ängsten, z. B., „*durch Handauflegen*“ veranschaulicht ein Vorgehen, in dem der Körper die Brücke zu einem „Miteinander“ bilden kann. Auf diese Weise behält der Patient auch im Rahmen der körperlichen Untersuchung Subjektstatus, so indem sich auf ihn als Person bezogen wird, deren Wissen über den eigenen Körper eine relevante Informationsquel-

le für den erfahrenen Arzt bildet. Auch ist der Patient im Zuge des in Kooperation erfolgenden Prozesses als aktives Subjekt involviert.

3.4 Techniknutzung

Die Handlungsanforderung der Nutzung von Medizintechnik erweist sich in der empirischen Analyse als weiteres, sogar in besonders hohem Masse Feld erfahrungsbasierten Handelns. Technikanfänger verweisen grundsätzlich auf die ihnen fehlende Erfahrung bei der Techniknutzung, zu deren Beherrschung elementares Wissen (bzw: „Können“) sich nur durch eine intensive praktische Auseinandersetzung mit der Materie gewinnen lässt. So äußert der erfahrene Sonograph: *„Wenn Sie 400 Sachen untersucht haben, das reicht überhaupt nicht. Da sind Sie unsicher bis zum geht nicht mehr“*.

Auch die Bedeutung eines interpersonellen Wissenstransfers des nicht rein technisch-abstrakten Wissens ist offenbar eine herausragend. So ist die Rolle von „ärztlichen Lehrmeistern“ beim Erwerb technischer Kompetenzen als sehr hoch einzuschätzen:

„Dann bekommen wir das im Detail erklärt, was wir falsch gemacht haben oder wie man zu suchen hat, wo man zu suchen hat, die Tricks, die Kniffe und wie man das zu deuten hat und was man auch an Einstellungen am Gerät verbessern kann, um sowas besser sichtbar zu machen und /ähm ja/, dann stellt man es noch mal selber dar und das ist eigentlich so der Weg, wie man es, denke ich, lernen sollte.“

Nicht nur wird die Qualität eines Geräuschs durch das gemeinsame Abhören „langsam“ erlernt und so erfahrungsbasiert erlebt und verinnerlicht, auch ist die Vielzahl von gemeinsam durchgeführten Untersuchungen zentraler Ort des „Erfahrungmachens“ und Basis späteren Zutrauens zum eigenen Urteil.

„Ich hatte zum Beispiel das Glück, einen Chefarzt zu haben, dem dieser ganzheitliche Aspekt eben sehr wichtig war. Das heißt, der betonte das selber und weniger die Technik. Da tun sie dann gemeinsam abhören: Was sagen Sie, hören Sie das Geräusch? Dass man das langsam lernt und das sind Sachen, die man vom Studium her nur in der Theorie kann und jetzt im Rahmen, wenn sie zum Beispiel eine sechsjährige internistische Weiterbildung in der Klinik machen, betreuen Sie ja ständig Patienten. in der Zeit haben Sie ja tausende Patienten betreut und in der Zeit das gelernt, also das traue ich mir schon zu.“

3.4.1 Objektivierendes Handeln im Rahmen der Techniknutzung

Planmäßig-objektivierendes Vorgehen bei der Techniknutzung

Die Umgangsweise insbesondere mit komplexer Technik, wie z. B. Beatmungsgeräten, gleicht teilweise einem „Kampf mit Technik“, der bereits bei der grundlegenden Bedienung des Geräts beginnt. Erneut wird das daher Muster des eng am Schema agierenden Novizen sichtbar. Eine Orientierung an Anleitungen löst die Anforderung des individuellen Falls jedoch kaum:

„Welche Form wähle ich, wenn der das und das hat...aber da gibt es auch Schemata. Also für mich als Anfänger war wichtig zu wissen, wie ich überhaupt das Gerät bediene, was es macht und wie es bedienbar ist.“

Der Vergleich der Technikanfängerin mit einem erfahrenen Benutzer zeigt die „starre“ Anwendung von Technik durch den Novizen auf:

„Sieht so aus, du gehst zur Visite, nimmst das Blutgasprotokoll mit, schaust dir die Werte an, schaust die Maschine an, schaust den Patienten an und sagst: So, der braucht jetzt die und die Frequenz und stellst es einfach um. Punkt. Das geht einfach schnell und routiniert. Und der Mensch kämpft dann nicht so mit der Technik per se. Und er ist natürlich etwas wagemutiger, weil er sagt, das kann man ja mal probieren, dass man den mit der niedrigeren Frequenz beatmet, wenn's nicht klappt, ändern wir's. Und ich denke, wenn man das nicht kann oder noch nicht die persönliche Sicherheit dafür hat, dann wird man schauen, dass man möglichst nichts verändert und möglichst das so laufen lässt, wie's läuft.“

Der Umgang mit voraussetzungsvoller Medizintechnik bedeutet für den Anfänger zunächst offenbar eher Handlungsunsicherheit, da die Beherrschung des Geräts noch im Vordergrund steht, ein Gewinn von Sicherheit erst durch praktische Erfahrung zu erlangen ist:

„Und eine gewissen Sicherheit in der Hinsicht, im Umgang damit, dass man nicht gleich selber fürchterlich nervös wird, sondern einfach einen kontrollierten Zugang zu der ganzen Materie hat. Dass denke ich ist das wichtigste.“

Objektivierung sinnlicher Wahrnehmung im Rahmen der Techniknutzung

Ähnlich wie bei der körperlichen Untersuchung werden Sinne und sinnliche Wahrnehmung reduziert, hier vorwiegend auf den „handwerklichen“ Aspekt der geübten Benutzung von Geräten, begriffen. Die Selbstbeschreibungen der erst seit kurzem mit der jeweiligen Medizintechnik arbeitenden Ärzte verdeutlichen erneut eine Form der sinnlichen Wahrnehmung, die sich auf exakte und eindeutig messbare Gegebenheiten richtet.

„In was für einer Geschwindigkeit das auf einen zufließt oder wegfließt und wie viele Verwirbelungen da drin sind“

Auch im Kontext der bildgebenden Verfahren stößt diese Form des Umgangs mit Sinnen offenbar auf Grenzen. Der „quantifizierende“ Zugriff als Reduktion des visuell bzw. bei der Sonografie zusätzlich akustisch Wahrgenommenen auf Zahlen oder Prozentwerte bedeutet

eine eingeschränkte Erkenntnischance. In dieses Bild einer angestrebten Objektivierung des Erkenntnisprozesses fügt sich ein, dass der internistische Assistenzarzt primär auf die diagnostische Qualität der Untersuchungsgeräte Bezug nimmt, sowie zu erlernende Feineinstellungen an „*hochauflösenden Schallköpfen*“, die eine Verbesserung des Diagnostikwerts ermöglichen. Zwar räumt auch er ein:

„Das beste Bild nutzt natürlich nichts, wenn natürlich derjenige, egal ob das der Radiologe oder der Angiologe ist, der das nicht erkennt, ob da eine Engstelle ist.“

Eine besondere Relevanz der sinnlichen Wahrnehmung wird von ihm jedoch nicht angesprochen. Die bereits etwas mehr mit der Schalluntersuchung vertraute Assistenzärztin weist der sinnlichen Wahrnehmung hingegen als interagierendem Element eine ungleich bedeutsamere Rolle zu:

„Mein Beispiel, was ich schon gesagt hatte mit der Duplexsonographie dass man gleichzeitig sehen, hören muss und eine motorische und haptische Qualität hat das auch noch, sonst klappt's nicht.“

Sie kann einerseits diffizile Unterschiede von Geräuschqualitäten theoretisch benennen („fein- oder grobblasig²⁸⁷“) und auch in der Praxis erkennen. Die im Feld der Sonographie im Übergang zu subjektivierendem Handeln befindliche Assistenzärztin argumentiert nur noch stellenweise im Sinne eines objektivierenden Handelns, z. B. wenn ihren Äußerungen eine verstandesmäßige Unterordnung der sinnlichen Wahrnehmung als „Rohstoff“ der Erkenntnis unter kognitive Prozesse zu entnehmen ist:

„Und dazu kommen noch kognitive Prozesse. Zu erkennen ist da was oder ist da nichts. Sonst nützt das ganze Auffassen ja nichts, wenn ich das nicht prozessieren kann.“

Die der Computerterminologie entnommene Wortwahl des „prozessieren“ ordnet den Vorgang sinnlicher Wahrnehmung einem kognitiven Verarbeitungsmodus zu, respektive unter. Weiterhin verweist die hier vorgenommene Trennung des Handlungsablaufs in sinnliche und kognitive Elemente auf eine dem Ungeübten zueigene Herangehensweise, die beim Experten „aus einem Guß“ ablaufen würde.

²⁸⁷ So versucht sie dieses Wissen bereits selbst an Studenten zu vermitteln, wobei die Personen- und Erfahrungsgebundenheit dieses impliziten Wissens erneut deutlich wird: „*Mich hat ein Student einmal gefragt: Wie erkennst du das, wenn jemand eine Lungenentzündung hat? Und da konnt' ich dem nur sagen, ich war in der Infektiologie und da hab ich das oft gehört. Und dann mach ich das denen so vor das Geräusch, aber ich weiß nicht, ob das bei denen überhaupt ankommt, wenn ich sag, das klingt nicht: (zischt) sondern (macht anderes Geräusch). Das ist für den dann ein bisschen komisch. Das ist eine andere Art von Geräusch. Das heißt ja auch in den Lehrbüchern fein- und grobblasig, aber das zu erklären, das ist schwierig.*“

Techniknutzung der „Anfänger“: Instrumenteller Umgang mit Technik

Die grundsätzlich sehr „technische Perspektive“ auf Abläufe des grundsätzlich sehr planmäßig agierenden Assistenzarztes steigert sich noch im Thema Techniknutzung. Trotz Anerkennung der Benutzerabhängigkeit als subjektivem Faktor fokussiert sich der praktisch wenig erfahrene internistische Assistenzarzt stark auf objektive Faktoren bei der Techniknutzung, die einen „handfesten Befund“ garantieren sollen:

„Es gibt tausende von Einstellungen, von Kombinationen an Einstellungen, wo ich bestimmte Dinge gar nicht sehe, wenn ich nicht weiß, wie ich die Einstellung machen muss.“

Diese Orientierung an objektivem Wissen erscheint hier erneut als im Paradigma der Wissenschaftlichkeit verwurzelt auf, welches sich in der Betonung der „Reproduzierbarkeit“ technischer Daten („*dass man gleichwertig solche Stenosen erkennen kann*“) und der Befürwortung standardisierten Vorgehens widerspiegelt. Ein tendenziell objektivierender und quantifizierender Zugang wird so bei der Durchführung der Untersuchung wie auch der Interpretation von Bildern offenkundig:

„Nein, es ist schon, es sollten standardisierte Untersuchungstechniken sein, egal in welchem Bereich, die auch andere verstehen, weil sonst kann ich damit ja in der Medizin nicht – (...) Sondern gleich bleibende Qualität, klar. Eine standardisierte Untersuchungstechnik ist der Bereich von den Experten. (...) Untersucher können schon ihre Spezialitäten haben, dass sie besondere Sachen besonders gut sagen. Der eine sagt halt die Veränderung ist 91%, der andere sagt, die ist 80%, also da gibt es auch Abweichungen. (...) Aber weitestgehend sollte das schon in der Diagnostik standardisiert sein, dass der eine das replizierbar wiedergeben kann und auch anderen zeigen kann, wenn er sagt, zeigen Sie mir mal die 91%, dann sollte er die Stelle auch wiederfinden und sagen, hier habe ich gemessen und hier ist der handfeste Beweis.“

Einen anderen Fokus mit einer qualitativ beschreibenden Formulierung („*welche Ausdehnung das hat, welche Form das hat*“) wählt zum gleichen Thema hingegen die Assistenzärztin, die offenbar durch ihre praktische Erfahrung zur Verwertung uneindeutiger Informationen bereits in der Lage ist.

Beziehungsebene: Techniknutzung überlagert die Interaktionssituation

Es scheint so, als ob die Beherrschung des technischen Geräts die gesamte Aufmerksamkeit der jungen Ärzte in Anspruch nimmt. Der Patient wird in diesem Kontext nicht nur überhaupt nicht erwähnt, sondern noch stärker als in nicht-technischen Zusammenhängen auf seine Physis oder sogar einzelnen Organe reduziert. So klingt der Patientenkontakt, der z. B. als

„wenn man dem Patienten die Substanzen injiziert“ thematisiert wird, als stark technisch überformt an.

3.4.2 Subjektivierendes Handeln im Rahmen der Techniknutzung

Mit dem Gerät „experimentieren“

Auch die Untersuchung des Patienten mittels technischer Hilfsmittel sträubt sich gegen eine planmäßig-rationale Vorgehensweise. Zwar liegt den Untersuchungspraktiken des Experten eine gewisse Systematik „wie man vorgeht, damit man nichts übersieht und vergisst“, zugrunde, eine Trennung von Planung und Ausführung erweist sich jedoch auch für dieses Handlungsfeld als nicht möglich. Vielmehr führt erst der praktische Handlungsvollzug im Stil schrittweise-explorativen Vorgehens zu sukzessivem Erkenntnisfortschritt. Die Selbstbeschreibungen des Vorgehens bei der Schalluntersuchung verdeutlichen die Herangehensweise eines experimentierenden „Herumprobierens“, welches neben handwerklichem Geschick vor allem „Freude“ und „Besessenheit“ erfordert:

„Wenn er mit einer Besessenheit gleich irgendeine Leitstruktur²⁸⁸ verfolgt, dann experimentiert und dann arbeitet mit dem Ding“

Zudem werden im Rahmen des „internalisierten Untersuchungsgangs“, der auch als „Routine“ bezeichnet wird, „Erwartungen“ wirksam, die aufgrund von verinnerlichten Vorstellungen sukzessive sinnvoll organisiert werden müssen:

„Also der Schallkopf macht beispielsweise dieses viereckige Bild von meiner Hand und ich fahre jetzt wieder diese Hand anschauen und was passiert jetzt, wenn er darüber fährt sehe ich plötzlich ein kleines weißes Ringerl, wenn er das quer durchschneidet und jetzt gehe ich weiter jetzt sieht er plötzlich drei weiße Ringerl, jetzt gehe ich weiter jetzt hat er vier weiße Ringerl, gehe ich weiter die vier verschwinden jetzt kommt plötzlich ein ganz dicker Ring und da ist noch mal ein Ring dazu und in

²⁸⁸ Hiermit bezeichnet der Interviewpartner ein von ihm entwickeltes didaktisches Konzept in der Sonographie, dass die ersten Schritte „am Raster“ eines objektivierenden Handlungsschemas beschreibt: „Wir haben das für Studenten didaktisch optimiert, dass Studenten das schon lernen. Das neue ist, dass man eine Leitstruktur auswendig lernt und die in diesem Gewurschtel, in diesen schwarzen Flecken sucht und wenn man die hat, kann man weiter fahren wie eine Maschine. Das ist vielleicht das Neue an der Methode.“ Das „Auswendig lernen“ von Leitstrukturen ist als Versuch der Formalisierung von Erfahrungswissen zu deuten. Zudem werden charakteristische Strukturen fotografisch festgehalten, um sie als „erlebte, erfahrene“ Bilder besser abspeichern zu können. Dass die Formulierung „weiter fahren wie eine Maschine“ Rückschluss auf eine anvisierte Objektivierung des Untersuchungsvorgangs gibt, muss jedoch zurückgewiesen werden. Vielmehr fügt sich diese Äußerung ins Schema eines eng am „Raster“ agierenden Vorgehens des Neulings, von welchem sich mit zunehmender Erfahrung entfernt werden darf.

meinem Kopf muss ich jetzt rauskriegen, dass das meine Hand war, die ich da sehe, in meinem Kopf, muss ich daraus ein dreidimensionales Bild machen.“

Ebenso kann der Umgang mit dem Patienten trotz dessen, wie bekundet, eingeschränkter Partizipationschance, die ihn in einen unbeabsichtigten Objektstatus verweisen könnte, im Rahmen der Möglichkeiten als dialogisch-interaktiv beschrieben werden. Das gleichzeitige Gespräch zur technischen Untersuchung kann auch hier wegweisend sein:

„Dabei kann man noch sprechen, da werden auch tatsächlich manchmal Sachen noch erörtert aus der Anamnese, die vorher gar nicht aufgefallen sind.“

„Aktive Sinnestätigkeit“ im Rahmen der Techniknutzung des Experten

Der Einsatz diagnostischer Mittel erübrigt die direkte sinnliche Wahrnehmung keineswegs, sondern ergänzt diese vielmehr im Sinne eines Zusammenspiels natürlicher und technisch generierter Sinneseindrücke. Zu Funktion und Stellenwert der Ultraschalluntersuchung im Rahmen seines Erkenntnisprozesses äußert sich der hausärztliche Internist:

„Dann kommt hinzu, dass man heute über mehr Technik verfügt und mit dem Ultraschall über eine sehr angenehme Technik, die nicht körperverletzend ist und die natürlich gezielter einsetzt und damit manches von der alten, manuellen, hinhörenden Untersuchung dadurch abgekürzt werden kann, sodass man das rasch mit einbaut. Also wenn heute jemand kommt mit Bauchschmerzen, dann ist die Ultraschalluntersuchung ein Mittel der Wahl, um sich relativ schnell da Klarheit zu verschaffen. Klar schaut man, ob die Bauchdecke hart oder weich ist, diese alten Informationen sind schon auch wichtig, aber ansonsten ist man dann sehr schnell beim Schall.“

Insbesondere die bildgebenden Verfahren erweisen sich als Tätigkeiten, für die eine aktive Sinnestätigkeit elementar ist. Verschiedene Sinne werden parallel beansprucht: Sehen, Tasten und Hören, aber auch die eigene Motorik („*Fahren des Arms*“) müssen zeitgleich koordiniert werden und verbinden sich zu einer unmittelbar sinnlich-körperlichen Erfahrung.

Im Rahmen einer komplexen sinnlichen Wahrnehmung sind vor allem uneindeutige und nur in Nuancen wahrnehmbare Besonderheiten zu erkennen und differenzieren.

„Dann kann man sich die Gefäße anschauen und alles, was eben fließt, kann man farbig darstellen, was auf den Schallkopf zufließt, kann rot gemacht werden, es kann blau gemacht werden, wo Richtung dabei ist und Geschwindigkeit usw. und man kann den Fluss dann auch akustisch hörbar machen, das heißt, wenn etwas eingengt wird dann wird es hochfrequent, also wenn ein normales Strom wie „Pfscht“ anhört, dann ist an einer engen Stelle ein „Pssst“, das hört man dann, das kann man dann auch nochmal hören und als Spektrum sichtbar machen, also viele Möglichkeiten.“

Der Experte ist in der Lage, die Qualität eines Geräuschs (als „Pfscht“ oder „Psst“) subjektiv bedeutsam zu strukturieren und mit anderen sinnlich wahrnehmbaren Informationen zu verknüpfen. Eine zentrale Herausforderung der bildgebenden Verfahren betrifft die visuelle Wahrnehmung, die sich im Modus einer partizipierenden Wahrnehmung als „*sich einsehen*“ auf das Monitorbild vollzieht:

„Wenn man als Laie Ultraschallbilder anschaut, dann denkt man, das ist ein flimmerndes Schwarzweißbild, haben die nichts Besseres? Und nur wenn man sich drauf eingesehen hat, kann man in diesem Bild wirklich lesen und kann damit sehr gute diagnostische Dinge machen.“

Es zeigt sich, dass die Rolle visueller Wahrnehmung weit über ein exaktes Registrieren von Kurven und Daten hinausgeht. Sinnliche Wahrnehmung zeigt sich hierbei als verknüpft mit Vorstellungen über den untersuchten Gegenstand:

„Dann sehe ich plötzlich so eine lange Wurst, eine ganz dünne die jetzt plötzlich hier ganz dick wird, hier an dem Bereich und dann habe ich hier was ganz dickes wo etwas ganz dünnes herauskommt, da habe ich dann vielleicht schon eine Idee, dass das wie ein Finger aussieht. Auf dem Bild und zusammen mit den Kringeln komme ich dann langsam drauf, dass das vielleicht ein Finger ist.“

Unterschiedliche Informationen werden „zusammengesetzt“ und als Konfiguration „wie ein Bild“ gesehen und durch eine als „Intelligenz der Sinne“ zu beschreibende geistige Leistung erfasst. Der Körper des erfahrenen Techniknutzers wird als „Leib-Körper“ sichtbar, der nicht von den kognitiven Prozessen ausgeschlossen oder ihnen lediglich zutragend ist, sondern Erfahrung erst ermöglicht. Die menschliche Befähigung zur Wahrnehmung als Einheit der Sinneswahrnehmung wird so anhand der Nutzbarmachung komplexer Technik im Rahmen subjektivierenden Handelns einmal mehr evident.

Körpergebundenes Wissen „wie Klavierspielen“ und holistische Problemwahrnehmung

Neben technischem Können und handwerklichen Fähigkeiten („*Technik plus Erfahrung, denke ich, und gewisse Geschicklichkeit, das ist so das, was man investieren muss*“) scheinen weiterhin insbesondere die „Tricks und Kniffe“ der erfahrenen Ärzte wertvoll. Auch ein spezielles, auf Techniknutzung bezogenes, teilweise körpergebundenes Erfahrungswissen, das

mit dem Halten des Schallkopfs beginnt und mit dem „Einordnen“ von Bildern endet, erscheint als wichtiges Element der ärztlichen Kunst in der High-Tech-Medizin²⁸⁹:

„Das ist wie rückwärts einparken. Sie haben jetzt zum Beispiel den Gallenstein erwischt und dann sage ich, der ist aber jetzt ganz am Rand vom Bild irgendwo und das schärfste Bild ist in der Mitte, jetzt mach doch irgendwas mit dem Schallkopf hier, dass der da reinrutscht. Und dann macht der irgendwas und dann verschwindet der irgendwo und das ist eben das, was man lernt, was muss hier runtergehen, ich mache das oder mache das, dann verschwindet er, also diese Geschichte, was weiß ich Klavierspielen oder sonst was.“

Diese Fähigkeit, mehr als nur bloße „Verhaltensautomatisierung“ sondern vielmehr „leibliches Können“ wird durch langjährige Techniknutzung generiert.

Auch offenbart die Techniknutzung eine gewisse Subjektivität des Expertenhandelns („Niemand weiß ja, wie ich diesen Schallkopf hingehalten habe, da gibt es ja Millionen Möglichkeiten“) bzw. subjektive Sicherheit als ausschlaggebendes Kriterium: „Man muss sicher sein und dann wird das gemacht.“ So wird die zwangsläufige Produktion objektiv gültigen Wissens mittels technischer Methoden angezweifelt.

„Wissenschaftlich, vor allem die Wissenschaft wird überschätzt. (...) Ich denke, wir können immer nur einen Augenblick festhalten und wenn wir blöd hinschauen, dann kriegen wir auch ein blödes Ergebnis“

Hiermit wird das generelle Potential objektiver Erkenntnis keineswegs bezweifelt, dem subjektiven Faktor des erkennenden Arztes jedoch ein mindestens ebenso hoher Stellenwert eingeräumt.

Im Handlungsfeld der bildgebenden Verfahren (Sonografie, Ultraschall) zeigen sich Denkprozesse erneut vor allem im Zuge bildhaft-assoziativer Vorgänge. Eine wesentliche Anforderung besteht darin, Wahrgenommenes „in ein dreidimensionales Bild verwandeln im Kopf. Das ist die Besonderheit.“ Beim „Lesen“ von Schallbildern gestaltet sich die Erkenntnis des Experten in erster Linie als „Wiedererkennen“ („Man muss alles schon mal gesehen haben, oft gesehen haben, dann erkennt man es wieder. Es ist ein Wiedererkennen“). Paradigmatisch verdeutlicht sich das Phänomen der holistischen Problemwahrnehmung als „Summe“ von Sinneseindrücken.

²⁸⁹ Auch in den Schilderungen der angehenden Chirurgin finden sich als Verweise auf Gefühl und handwerkliche Fähigkeiten bei der Operation und der Verwendung von Instrumenten Hinweise auf die hohe Relevanz von praktischen manuellen Fähigkeiten in Verbindung mit geistigen Prozessen.

Auch das „Einordnen“ von Bildern erfolgt offenbar erfahrungsbasiert und wird als artifiziell nicht reproduzierbar geschildert:

„Die Interpretation ist a bissl schwer. Sie müssen ganz viele Bilder gesehen haben, um ein Bild einordnen zu können. Das können Sie auch keinem Rechner überlassen, sonst hätte man das längst gemacht.“

In der Hinterfragung der Rolle formalisierten Wissens zeigt sich erneut das für den Experten charakteristische Zusammenspiel impliziter und expliziter Wissensformen. „Einordnen“, „Interpretieren“ oder „Wiedererkennen“ scheinen als nicht-objektivierbare Fähigkeiten auf. Jedoch ist auch Theoriewissen als „Deutungsschritt, was schaue ich überhaupt an“ für diesen Handlungsbereich unabdingbar²⁹⁰:

„Zu gucken, wo muss ich schauen wenn einer zu mir sagt ich habe einen Leistungsknick und Gewicht verloren, wo muss ich hinschauen, das weiß ein MTA nicht, was kann das alles sein, vom Magenkrebs, Dickdarmkrebs, Pankreaschwanzkarzinom, das sind bestimmte Dinge, die bei mir sofort im Hinterkopf sind, die ich dann alle absuche, ich muss ja immer hinter diesen Darmschlingen irgendwo suchen, wo das versteckt ist, mir das zusammensuchen. Nur dann bin ich gut und habe da gute Vorstellungen.“

Einen weiteren Hinweis auf nicht dem Kognitiv- Rationalen zuzurechnende Wissensbestände von hoher Relevanz liefert die Beschreibung einer als Intuition thematisierten typischen Diagnoseleistung des erfahrenen, „guten Schallers“, die als Beispiel für die ärztliche Kunst in der High-Tech-Medizin dienen kann.

„Und dann sagt man: Zack! und der hat halt das. Also dieses: der hat was und dann, das geht auch den guten Schallern so. Da kommt was raus, niedriges Eisen, erhöhte Leukozyten und dann sucht man eine Stunde irgendwann- Bamm! Wenn man den einfach so als Routine von einer MTA durchschauen lassen würde, dann würd' man das gar nicht finden.“

Die Beziehung von Arzt, Patient und Technik im soziotechnischen Ensemble

Wie in B 2. ausgeführt, kann Technik als Medium der Distanzierung vom Patienten genutzt werden. Gegenüber diesem Phänomen zeigen sich insbesondere die erfahrenen Ärzte, trotz ihrer generell positiven Bezugnahme auf die Erkenntnismöglichkeiten der modernen Medizintechnik sowie einer sogar teilweise als „technikaffin“ zu beschreibenden Haltung skeptisch:

²⁹⁰ Kritisch betrachtet wird daher die (US-amerikanische) Entwicklung, die originär ärztliche Aufgabe des „Suchen nach der Krankheit“ an nicht-ärztliches Personal zu delegieren.

„Man darf nicht eine blinde Apparatedizin betreiben. Da kann man auch ganz schnell daneben liegen.“

Eine direkte Bezugnahme des Arztes auf den Patienten oder sogar eine Kooperation von Arzt und Patient erscheint im Kontext Techniknutzung zunächst nur schwer möglich. Der internistische Hausarzt verweist explizit und bedauernd auf das Problem der mitunter erzwungenen Passivität des Patienten Rahmen technischer Untersuchungen. Als (zumindest normative) Basis des Expertenhandelns erscheint dennoch, dass der Patient auch im Rahmen von medizintechnischen Untersuchungen seinen Subjektstatus beibehält, bzw. der Hausarzt das Ideal des Einbezugs des Patienten zumindest anstrebt.

„Finde ich ganz wichtig, dass er Subjekt ist. Wobei dieser Status natürlich immer ein bisschen gefährdet ist, dass er Subjekt ist, wenn der überfahren wird, das muss man natürlich vermeiden.“

So versucht der erfahrene Arzt durch den verbalen Austausch, physischen und offenbar auch emotionalen „Kontakt“ die per se distanzierende, „trennende“ Situation abzumildern.

„Man hat da Kontakt, ich mache die Untersuchung eben gerne, weil es ein bestimmter engerer Kontakt ist, der aber gleichzeitig sprachlichen Austausch gut zulässt und irgendwo auch so ein bisschen eine vertraute Situation. Man ist gemeinsam in so einem abgedunkelten Raum, das assoziiert wahrscheinlich schon so ein bisschen, nicht nur jetzt Grauen und was kann da passieren, dunkle Höhle, sondern auch vielleicht ein bisschen geschützter Bereich.“

Hiermit ist vor allem eine Zentralstellung der persönlichen Beziehung als Gegenpol zu einem distanzierenden Zurücktreten des Arztes hinter Technik angezeigt, welches im Sinne eines „Verlust(s) der Empathie hinter sehr technokratischer Abhandlung von Symptomen“ grundsätzlich kritisch thematisiert wird. Der Ultraschall als „zugewandte Untersuchung“ bzw. „Technik nahe am Menschen“ genießt daher eine besondere Wertschätzung des internistischen Hausarztes:

„Grundsätzlich ist, glaube ich, ist der Ultraschall ein positives Element, ist noch derverlängerte Arm des untersuchenden Hausarztes oder Erstarztes zu dem man geht. Es ist irgendwie eine zugewandte Untersuchung, ich schaue nicht weg vom Patienten, gut ich schaue in den Bildschirm, aber zwischendurch schaue ich ihn auch wieder an, wir sprechen miteinander.“

So beschreibt der sich als „Generalist“ bezeichnende Hausarzt die Ultraschalltechnologie nicht als ein außerhalb der Arzt-Patient-Dyade stehendes Artefakt sondern als „Verlängerung der eigenen Untersuchungsmöglichkeiten“, mit deren Hilfe er auch im Rahmen der Techniknutzung Nähe zum Patienten herstellen kann. Der anklingende Bezug zur eigenen Physis als maßgeblichen Faktor im Rahmen des technikbasierten Erkenntnisprozesses, ist als Gegenkonzept zu einer vielfach fast „entkörperlicht“ erscheinenden Medizin zu betrachten. Die Frage,

„wie nähere ich mich dem Organ“ weist im Zusammenhang von Schalluntersuchungen tatsächlich den Charakter einer körperlichen Annäherung auf. Nicht nur führt der Arm den Schallkopf („der verlängerte Arm des untersuchenden Hausarztes“), sondern bildet gleichzeitig auch eine Brücke zwischen Mensch und Maschine:

„Ansonsten ist die Berührung eine zur Schnittstelle, technisch körperlich, weil ich natürlich schon mit der Hand, die den Schallkopf führt gelegentlich auch die Haut berühre, das spürt der auch, dass das jetzt nicht der Schallkopf ist, sondern mein Finger irgendwo entlang streicht. Aber eigentlich ist es der Schallkopf, das ist schon Technik, aber sehr nahe am Menschen, weil ich bin der Greifarm, der dieses Ding bewegt und nicht irgendeine Maschine.“

Nähe als Erkenntnismedium verdeutlicht sich in der Praxis des Experten, dem Erkenntnisobjekt nicht distanziert gegenüberzustehen, wie dies in der Beschreibung einer „trennenden“ Praxis der „Apparatemedizin“ zum Ausdruck kommt:

„Man versucht ja, man möchte ja immer mehr den Menschen immer mehr wie ein Auto an so an Stöpsel anschließen und dann sich zurück lehnen und schauen, was da herauskommt. Aber das wird nicht funktionieren.“

Dem distanziert abwartenden, „sich zurücklehrenden“ Arzt wird daher kein Erfolg bescheinigt, während Verbundenheit und Teilhabe mit dem Patienten auch durch Technik nicht in den Hintergrund treten. Trotz aller zu spürenden und bekundeten Technikbegeisterung der erfahrenen Ärzte entsteht jedoch zu keinem Zeitpunkt der Eindruck einer Dominanz technischer Strukturen über das Zwischenmenschliche. So wird selbst von dem Sonografiespezialisten „der gute Arzt“ über die empathischen Fähigkeiten des „Zuhören“ und „Einfühlen“, um „rauszukriegen, was der Patient, der Mensch, von ihm eigentlich will und braucht“, bestimmt.

Auch vergisst der nahezu ausschließlich als Sonographeur tätige Internist nicht:

„Wir haben ja eine riesige Geschwindigkeit, wir müssen ja bis zu 30 Patienten an einem Tag durchbrettern und es hängt ja jedes Mal ein Schicksal dran.“

was als Maxime einer ärztlichen Kunst in der High-Tech-Medizin festgehalten werden kann. Ein subjektivierendes Moment im Rahmen der Techniknutzung zeigt sich auch in der Auseinandersetzung des Untersuchers mit seinem Gerät, die als „arbeiten mit dem Ding“ durchaus passionierte Züge tragen kann: Das „besessene“ „Verfolgen einer Leitstruktur“ exemplifiziert die psychisch-emotionale Verfasstheiten des Experten und verweist auf Subjekteigenschaften wie „Freude“ und „Neugier“, die als sympathetische Verbundenheit auch mit dem technischen Medium erkennbar werden. Der „gute Schaller“, der die Zeit vergisst und im Zustand äußerster Versenkung in die untersuchten Strukturen den intuitiven Einfall hat, verrät einen charakteristischen motivationalen Zustand, der in der Metapher des „Rätsels“ oder des „Kriminalfalls“ versinnbildlicht werden kann:

„Dieses Rätsel, das man das einfach auch lösen will über viele Jahre hinweg, es ist immer ein spannender Kriminalfall.“

3.5 Der abschließende Diagnoseprozess

Im Folgenden Abschnitt wird die letzte Etappe des Diagnoseprozesses, das Stellen der endgültigen Diagnose einer intensiven Betrachtung unterzogen. Erneut soll darauf hingewiesen werden, dass die vorgenommene analytische Trennung der Handlungsbereiche nicht den in der Realität vorzufindenden Abläufen entsprechen muss und auch keine statische Abfolge von verschiedenen Handlungsanforderungen suggerieren soll. Dies schon allein aus dem Grund, dass das Arzt-Patient-Gespräch im Allgemeinen, wie gezeigt, als wichtiger erster Schritt zur Diagnosestellung zu betrachten ist und auch zu späteren Zeitpunkten des diagnostischen Ablaufs das Gespräch mit dem Patienten, so im Anschluss an Laborwerte und andere objektive Daten, erneut als Informationsquelle genutzt wird. Die in diesem Zusammenhang für den Bereich der Erstbegegnung vorgestellten Befunde verlieren demnach auch für weitere Phasen der Arzt-Patient-Begegnung ihre grundsätzliche Gültigkeit nicht.

Als besonderes Leistungsmerkmal bzw. besondere Handlungsanforderung der späteren Phase der Diagnosestellung ist es hervorzuheben, dass mit jeder diagnostischen Maßnahme neue und zudem in ihrer Qualität unterschiedliche Informationen sinnvoll integriert werden müssen. Somit ist die „Phase des abschließenden Diagnoseprozesses“ vor allem durch den vermehrten Eintritt von objektiven Befunddaten, exemplarisch veranschaulicht in der „*Befundzusammenschau*“, ein interessanter Untersuchungsgegenstand. Zu hinterfragen ist beispielsweise, ob und inwieweit hierdurch die „Unschärfe“ bzw. „Unvollständigkeit“ der Situationsdefinition reduziert wird und ob bzw. welche Rückwirkungen diese Veränderung der Problemsituation möglicherweise auf den Handlungsstil zeigt.

Verwiesen werden soll im Sinne einer pointierten Darstellung auf die Besonderheiten des fortgeschrittenen Diagnoseprozesses, der in der Gesamtbetrachtung anhand des erfahrenen Arztes als Wechselwirken von „Fünf-Sinne“- bzw. „Sprechender Medizin“ und dem gezielten Einsatz von Medizintechnik und der Interpretation „objektiver Daten“ veranschaulicht werden kann. Auf eine vollständige Darstellung entlang aller vier Dimensionen subjektivierenden Handelns wird im Hinblick auf Redundanzen verzichtet. So spielt die in diesem Abschnitt nicht weiter vertiefte sinnliche Wahrnehmung für den Experten auch im weiter fortgeschrittenen diagnostischen Stadium eine herausragende Rolle, wenn auch nun Prozesse der Objektivierung durch die Befunderhebung stärker in Erscheinung treten. Im Hinterkopf zu behalten ist, dass grundlegende Merkmale der Arbeitsweise und des professionellen Verhaltens gegen-

über dem Patienten auch über die ausführlich beschriebene Handlungsanforderung der Erstbegegnung Bestand haben.

3.5.1 Vorgehen im fortgeschrittenen Diagnoseprozess

Im Folgenden sind die Vorgehensweisen der Experten und der jungen Ärzte im fortgeschrittenen Diagnoseprozess systematisch zu vergleichen. Grundsätzlich sind alle befragten Ärzte, vor allem auch vor dem Hintergrund zunehmender Ressourcenknappheit bestrebt, sowohl in zeitlicher als auch ökonomischer Hinsicht, ressourcenschonend vorzugehen:

„Das ist auch eine Frage der Kosten heutzutage, dass man natürlich dann rechtfertigen muss, warum sowas gemacht worden ist und da halt einfach nur sinnvoll mit der heutigen Möglichkeit der Technik umzugehen“

Nicht zuletzt gebietet es auch das professionelle Ethos des „*nihil nocere*“, unnötige Körperverletzungen, wie sie invasive technische Untersuchungen darstellen, zu vermeiden. Dieses Konglomerat an impliziten und expliziten Leitsätzen realisiert der erfahrene Arzt, im Rahmen der so genannten „Stufendiagnostik“, die auf Handlungsebene eine Strategie der schrittweisen Eskalation in der Inanspruchnahme medizintechnischer Diagnostik bedeutet²⁹¹.

Unmittelbar fällt auf, dass die „Entscheidung für Technik“ je nach Erfahrungsgrad nach anderen Kriterien verläuft. Während der unerfahrene Arzt bei Ratlosigkeit *„einen breiten Fächer fährt“*, nutzt der erfahrene Arzt Technik gezielter im Sinne einer schrittweisen Eskalation, um den Diagnoseprozess *„damit eben gleich schon mehr auf den Punkt“* zu bringen.“

Auch für nun fokussierten Handlungsausschnitt sind somit grundlegende Unterschiede zwischen der Gruppe der erfahrenen und der weniger erfahrenen Ärzte festzustellen.

²⁹¹ Einschränkung ist anzumerken: Typischerweise sind viele Fälle vor allem beim Hausarzt ohne den Einsatz von Medizintechnik klärbar, bzw. bestätigen technische Befunde die zuvor generierten „klinischen Verdachtsdiagnosen“. Dem Klinikarzt ist es aufgrund von organisatorischen Erfordernissen nicht immer möglich, die in der Stufendiagnostik vorgesehene Reihenfolge diagnostischer Schritte einzuhalten. Bestimmte Laborwerte („Profile“) werden standardisiert erhoben und liegen oftmals beim Erstkontakt zwischen Arzt und Patient schon vor.

3.5.1.1 Planmäßig-objektivierendes Vorgehen im Sinne eines „Konzepts“

Ähnlich wie im Falle des „Schema“ bei der Anamnese sind die jüngeren Ärzte bemüht, den Ablauf des diagnostischen Prozesses durch ein „Konzept“ zu systematisieren. Deutlich wird hier anhand der Aussage der chirurgischen Assistenzärztin, dass sie die Verfügung über Erfahrung und die Anwendung von „Standardkonzepten“ gleichsetzt.

„Und wenn man einfach mehr Erfahrung hat, weiß man so und so ist der Fall und hat gleich sein Standardkonzept parat und kann das machen, dass man alles sozusagen runterrattert. Wenn man seine Erfahrung hat und sein Konzept und macht nach diesem Konzept und dann geht das alles viel schneller. Und das ist etwas, wo ich sage, da profitiert man von der Erfahrung. Wenn man ein Konzept hat und dieses Konzept macht man, dann hat man das auch schneller, als wenn man sich jetzt überlegt, was mache ich jetzt, vielleicht noch das und das. Sondern wenn man weiß, das und das mache ich und wenn alles in Ordnung ist, dann kann er heim. Naja, manche Sachen lassen sich dann natürlich nicht in diese Konzepte reindrücken und sind dann ganz seltsame Fälle, dann passt es halt nicht in dieses Schema. Das ist ja trotzdem nicht schlecht, wenn man so ein Schema hat, weil bei vielen Sachen kann man das dann einfach anwenden und dadurch geht es schnell.“

Die Anwendung von einem „Konzept“ oder „Schema“, das „Verfolgen eines Strangs“ verspricht Effizienzsteigerung und kognitive Entlastung in komplexen Situationen. Mit dem Konzept ist gleichzeitig eine klare, hierarchische Gliederung von Abfolgen verbunden. Diagnostische Schritte werden als „nächste logische Anschlusssache“ in Abkehr von Willkür („dass man praktisch auswürfelt“) bezeichnet. Eine „Hypothese“ wird so von den Novizen typischerweise „anhand von Fakten“ aufgestellt und systematisch überprüft, bei Misserfolg revidiert. Hiermit verbunden ist eine im Modus planmäßig-objektivierenden Handelns als Ideal betrachtete strikte Trennung von Denken und Handeln:

„Ich kann immer einen Fehler gemacht haben und dann wieder zurückgehen zu müssen, jetzt hatte ich einen Verdacht und der hat sich nicht bestätigt, gehen wir wieder zurück auf Start“

In dieses Handlungsschema fügt sich die Möglichkeit der Standardisierung von Handlungsvollzügen der Diagnostik, so äußert sich der wissenschaftsaffine Assistenzarzt: „Die Medizin ist ja relativ standardisiert“. Dies schließt die Differenzierung Normalfall/ Sonderfall ein, wie sie von der internistischen Assistentin vorgenommen wird:

„Bei einem Sonderfall wird man auf diesem standardisierten Weg unterbrochen, da kommt etwas dazu, was man nicht erwartet hat und dann muss man umdenken. Dann muss man die Möglichkeiten erweitern. Man muss vielleicht zusätzlich Labor abnehmen, zusätzliche Untersuchungen anberaumen, sich mit andern Leuten besprechen, andere Disziplinen hinzuziehen, der gewohnte Ablauf ist also gestört.“

Da die Einhaltung eines diagnostischen Stufenprogramms vor allem im chronisch zeitknappen Krankenhausalltag nicht immer möglich ist, beziehungsweise professionelles Wissen und Können voraussetzt, werden Prinzipien der Stufendiagnostik oftmals verletzt. Hiermit ist ein *ungefilterter* Einsatz von Technik bezeichnet, den der Experte auch als „*gießkannenmäßig*“ bezeichnet. Die Ärztin im praktischen Jahr als tatsächliche Anfängerin bestätigt: „*Je jünger der Arzt, umso mehr muss er Diagnostik machen*“

Anders als die Ärztin im praktischen Jahr, die auf einen erst kurzen Erfahrungszeitraum in der Chirurgie zurückblicken kann, ist die seit einigen Jahren in der Unfallchirurgie tätige Assistenzärztin bereits in der Lage, diagnostische Methoden differenzierter anzuwenden:

„Ja man muss ja, wenn man weiß vom untersuchen: da ist was gebrochen, muss man sehen, wie ist es gebrochen. Und wenn jetzt die Wirbelsäule nicht jung ist, sondern alt und dann ganz viele Veränderungen hat auf Grund von Verschleiß, dann ist es schwierig, das mit einem Röntgenbild dazustellen. Dann sagt man: okay machen wir noch ein CT.“

So fordert die mangelnde Selektionsfähigkeit des unerfahrenen Arztes in den Stufen der Anamnese und der körperlichen Untersuchung vielfach zusätzliche Anhaltspunkte durch „harte Daten“:

„Je nachdem, wie klar mein Verdacht ist von Anfang an. Es kann auch sein, dass ich nach dem Anamnesegespräch und der körperlichen Untersuchung noch total am schwimmen bin um und überhaupt nicht weiß, was der Patient auch nur ansatzweise haben könnte und umso breit gefächelter muss ich dann die Diagnostik fahren.“

Auch die internistische Assistenzärztin reflektiert:

„Da gibt's einen Spruch: Das teuerste Instrument ist der Kugelschreiber in der Hand des jungen Arztes. Das spiegelt schon gut wieder, das jemand, der jung und unerfahren ist, der manche oder viele Krankheitsbilder noch nicht gesehen hat, sehr viel technische und laborchemische Untermauerung braucht, um das Feld einzuengen, hingegen, wenn man etwas öfter schon gesehen hat, braucht man weniger Schritte, um auf die Lösung des Problems zu kommen und von daher auch weniger Maßnahmen.“

So sei eine die notwendige Selektionsfähigkeit durch Erfahrung zu erreichen, was zusätzlich unter dem Gesichtspunkt höherer Effizienz thematisiert wird:

„Rationeller ist es deshalb, weil man nicht so eine breit gefächerte Diagnosemaschinerie in Gang setzen muss und es ist auch weniger anstrengend, um zu einem Ergebnis zu kommen. Es ist energiesparender würd' ich sagen.“

Sie selbst nennt für sich bereits „Zwischenschritte“ im Rahmen ihrer diagnostischen Überlegungen, wie den „klinischen Eindruck“ bevor sie eine Eskalation in Gang setzt

3.5.1.2 Das stufendiagnostischen Vorgehen des Experten

Für den erfahrenen Arzt ist das Hinzuziehen von Technik in der Regel der letzte - und oftmals vermeidbare - Schritt in der Folge vorausgehender „weicherer“ diagnostischer Maßnahmen.

„Ich setze die weitergehenden, zum Teil dann auch körperverletzenden Instrumente wie Strahlung, Röntgen, CT, die kann ich nur ganz gezielt einsetzen, um eine noch offene Frage zu klären, die ich anders nicht klären kann.“

Zunächst erscheint allein die Befähigung zu erkennen, in welchen Fällen und in Form welcher Maßnahmen ein diagnostisches Stufenprogramm „entwickelt“ werden muss, als Merkmal fortgeschrittenen Expertentums:

„Das ist jetzt der Kern der Mediziner Ausbildung natürlich, dass ich in die Lage versetzt werde, ein diagnostisches Stufenprogramm zu entwickeln für jeden Patienten, um sein Problem lösen zu können.“

Hier bezeichnet als „Kern der Mediziner Ausbildung“ setzt das Vorgehen der Stufendiagnostik offenbar eine spezielle Selektionsfähigkeit voraus.

Anders als es der Begriff „Stufendiagnostik“ möglicherweise suggerieren könnte, ist das diagnostische Vorgehen des ärztlichen Experten nicht als linear-sequentielle Handlungsweise zu betrachten. Zwar liegt dem diagnostischen Stufenprogramm ein definierbares System („Labor- oder technische Untersuchung möglichst einfacher Art, man geht immer von den einfachen Untersuchungen aus, die aufwändigen kommen dann später, das ist klar, so sollte man es zumindest machen“) zugrunde, sein genauer Ablauf folgt jedoch kaum nach definierten formalen Regeln, sondern muss vielmehr, im Zuge subjektivierenden Handelns eruiert und entwickelt werden. Schon allein ist der „Weg vom Symptom zur Diagnose“ keineswegs ein bruchlos linearer. Informationen treten in der Regel nicht gleichzeitig und vollständig auf, sondern müssen im Zuge des Suchprozesses generiert und in den weiteren Handlungsvollzug integriert werden:

„Es kommt ja doch immer wieder ein neuer Aspekt und der Patient erzählt immer wieder was neues, was er vorher nicht erzählt hat. Das ist ja wie im Kriminalstück.“

Anhand des „diffusen Patienten“ zeigt sich paradigmatisch die Unmöglichkeit der Trennung von Planung und Ausführung in der Diagnostik.

Es gibt auch unklarere, dann kann man versuchen, noch weitere zu machen, von der anderen Seite an das Problem heranzukommen, das ist eigentlich die Regel, das ist immer oder oft so.“

So verlangt die Individualität des „Erkenntnisgegenstands Mensch“ bzw. die Zielsetzung eines „individuellen Programms“ auch im weiteren diagnostischen Verlauf ein spezifisches

Vorgehen, das es erlaubt, Handlungsziele im Verlauf eines mitunter mehrphasigen und zyklisch verlaufenden Diagnoseprozesses neu zu definieren. Realisiert wird dies u. a. als schrittweise-exploratives Vorgehen, das mitunter als „Einkreisen“ beschrieben wird. Angesprochen ist hiermit die Durchführung der einzelnen diagnostischen Etappen- zunächst das gesprächsbasierte „Scharfstellen“ der unklaren Patientenproblematik sowie das sukzessive Hinzuziehen weiterer Erkenntnisquellen. In dieses Prinzip der offenen Planung fügt sich auch die Vorläufigkeit der „Einschätzung“ des Experten im Diagnoseprozess, anhand derer das Vorgehen entsprechend der neu hinzukommenden Informationen modifiziert werden kann:

„Bin ich auf dem falschen Dampfer, haben wir was übersehen, vielleicht was Gravierendes sogar? Und das können Sie nur sehen, wenn Sie am Patienten dranbleiben, wenn Sie ihn oft sehen, immer wieder mal nachuntersuchen, die Vorbefunde überprüfen, ob die noch Bestand haben oder ob man doch die Einschätzung ändern müsste.“

So kann aufgrund von scheinbar nebensächlichen Patientenäußerungen ein „falsches diagnostisches Gleis“ revidiert werden²⁹². Diese Art des diagnostischen Vorgehens, bezeichnet auch als „jedes Mal ein neues Experiment“, bedingt eine natürliche Distanz zu standardisierten Vorgängen bzw. standardisierenden Abläufen in der Diagnostik:

„Jeder Mensch ist anders, da versprech' ich mir nichts davon, von solchen mechanisierten Herangehensweisen. Das geht schon deswegen nicht, weil ja jeder Mensch anders ist. Wie gesagt, davon halt ich nichts, weil wie gesagt jeder Patient ist anders, ist ein Individuum.“

Auch der internistische Hausarzt betont die Grenzen der Standardisierbarkeit ärztlichen Handelns. Die Hauptgefahr einer standardisierten Handlungsweise sieht er darin, dass vom Patienten ausgesendete "Signale" nicht in den Handlungsablauf integriert werden können, er diese aber elementar für den Erkenntnisprozess und als notwendiges Korrektiv zu übergeordneten Standards empfindet.

„Also, ich muss meine Standards haben, aber ich muss sie unbedingt sofort in Frage stellen, wenn mir der Patient, wenn ich Signale erhalte, die mir sagen: hoppla, da komme ich mit Standards ja gar nicht mehr weiter.“

²⁹² Eine solche Korrektur von eingeschlagenen Pfaden zeigt sich in der Leitlinienmedizin als weniger leicht realisierbar, da Abläufe im Rahmen vorgegebener Prozesse häufig personell delegiert werden und so aus dem Blickfeld geraten können: So äußert ein internistischer Oberarzt diesbezüglich: „Wo dann der Arzt sagt, ach Schmerzen da und dann steht in der Leitlinie, was man alles macht, die heißt Clinical Pathway - wumms! da steht alles drinnen und das läuft dann ahnungslos ab und irgendwo an Schnittstellen fragt dann die Schwester wieder den Arzt. Das ist natürlich sehr intelligent.“

Neben dem gezielten Hinzuziehen von „objektiven Daten“ und theoriegeleiteten Erkenntnisprozessen („*Ich kann aber bei einem icterischen Patienten mich im Prinzip auf fünf Laborwerte beschränken und die sagen mir jetzt was los ist.*“) ist offenbar das Patientengespräch auch noch im fortgeschrittenen diagnostischen Stadium von hoher Relevanz. Das gezielte „*den Patienten in die Mühle nehmen*“ als mehrmalige Rückkopplung zwischen Patient und Arzt, illustriert nochmals den stark interaktiven Charakter des Diagnoseprozesses des erfahrenen Arztes.

3.5.2 Sinnliche Wahrnehmung als Schlüssel zur erfolgreichen Diagnostik

Der exponierte Stellenwert sinnlicher Wahrnehmung, erkennbar in einer Grundhaltung der Achtsamkeit im Rahmen eines dialogisch gestalteten Erkenntnisvorgangs, erstreckt sich auf den gesamten diagnostischen Prozess. Er wird reflektiert von der Überlegung eines erfahrenen Arztes zu einer vollständig an technische Systeme delegierten Diagnostik, bezeichnet als „*Diagnosestöpsel*“, der nicht funktioniert, „*weil die nicht sprechen können, weil die nicht sehen, hören, nicht fühlen können*“. Als Konsens unter allen Gesprächspartnern erscheint, dass Sinne „*die sind die ganze Zeit über wichtig*“ sind. Der Wahrnehmungsmodus der jüngeren Ärzte bleibt jedoch auch hier, noch zusätzlich verstärkt durch den vermehrten Einbezug objektiver Befunddaten, auf einen objektivierenden Zugang beschränkt.

Exemplarisch ist für das Feld der sinnlichen Wahrnehmung auf den neu hinzugekommenen Aspekt der Techniknutzung zu verweisen, in dem auch die Interpretation von Befunddaten auf Basis komplexer sinnlicher Wahrnehmungsprozesse fokussiert wird.

3.5.3 Wissen und Denken: Integration verschiedenartiger Informationen in den Diagnoseprozess

Die besondere Handlungsanforderung der späteren Phase des Diagnoseprozesses besteht, wie oben erläutert, in der Integration verschiedenartiger Informationen heterogener Informationsquellen in den Erkenntnisprozess. Zu akzentuieren ist als charakteristisches Merkmal dieser Etappe das Zusammenspiel von explizitem und implizitem Wissen. Aus diesem Grund nimmt die Analyseebene des Wissens und Denkens einen prominenten Stellenwert in der Darstellung dieses Handlungsbereichs ein.

3.5.3.1 Das „diagnostic reasoning“ der jungen Ärzte

Die jungen Ärzte stellen den Diagnosevorgang als primär kognitiv-rational und mit Rekurs auf formaltheoretisches Wissen zu bewältigendes Problem dar²⁹³ („Also ich stelle eine Hypothese auf anhand der Fakten, die ich habe.“). Mit dem Ziel einer „handfesten Diagnostik“ werden durch die Zuhilfenahme von Labordaten oder technischen Befunden „objektive Fakten“ generiert, die zumindest von den besonders unerfahrenen Ärzten als hauptsächlich diagnoseführend betrachtet werden.

„Ich habe vorher erst immer nur einen Verdacht, und je mehr objektive Fakten ich zusammentragen kann, umso sicherer wird dieser Verdacht. Umso sicherer führt einen der Verdacht letzten Endes zu einer Diagnose. Insofern sind sie sehr wichtig. Das ist das ganze, worauf es dann beruht.“

So erfolgt der auf Kognition aufbauende gedankliche Vorgang der jungen Ärzte, in der anglo-amerikanischen Expertiseforschung als „diagnostic reasoning“ (siehe dazu B 2.2.) bezeichnet, typischerweise von einem labortechnischen Befund ausgehend, während nicht-objektivierbare Informationsquellen gar nicht erst einbezogen oder in ihrer Relevanz nachrangig behandelt werden („Erstmal kommt das Hintergrundwissen, dann der Patient, wie er sich einem darstellt.“). Insbesondere in der Chirurgie, die diesbezüglich sicherlich eine andere Ausgangssituation darstellt, sind Befunde elementar für die Entscheidung: „Ist da was gebrochen oder nicht. Muss man operieren oder nicht.“

Insbesondere die noch sehr nah an einem formalen Gerüst arbeitenden Ärzte rekurren häufig auf generalisierte theoretische Kurzkonzepte, die es ihnen ermöglichen, Kausalketten aufzubauen. Ein späteres Stadium des Expertiseerwerbs zeichnet sich durch die Bildung von konkreten episodischen, fallbasierten Erinnerungen aus, wie hier in Schilderung der chirurgischen Assistenzärztin ersichtlich:

„Ich hatte die Erfahrung dass wenn jetzt noch jemand noch laufend reinkommt dann ist nichts gebrochen und z.B. Fuß verstaucht, meistens nur verstaucht und wenn die nicht mehr auftreten können dann kann es eher sein, dass was gebrochen ist, es kann trotzdem sein, dass es nicht gebrochen ist und ich hatte einen wo ich gedacht habe da ist nie was gebrochen. Der ist da reingelaufen locker flockig und der war schon gebrochen.“

²⁹³ Explizit verweist eine junge Ärztin darauf, dass auf Theoriewissen oftmals aus Mangel an praktischer Erfahrung zurückgegriffen wird: „Ich würde sagen, der theoretische Bezug wird immer dann wichtig, wenn man in einen Bereich kommt, wo man noch nicht eingearbeitet ist“.

Auch Faustregeln werden angeführt („*Quick muss mindestens sechzig sein*“).

Im Paradigma rational-diskursiver Prozesse argumentierend, äußern die jungen Ärzte Unbehagen in Bezug auf „schwammige“ Verdachtsdiagnosen.

„Es ist die Frage, wie wohl man sich dann fühlt mit dem Verdacht und ob man sich so zu sagen schon vornherein eine sichere Verdachtsdiagnose hat oder sich sagt: ah, weiß ich ja nicht, ob es das so ist, naja schauen wir mal und je schwammiger diese Verdachtsdiagnose ist, umso unwohler fühlt man sich natürlich dabei.“

Das Terrain der harten Fakten zu verlassen erzeugt vor dem Hintergrund fehlender Erfahrung Unsicherheit²⁹⁴.

„Das muss man halt einfach immer einschätzen können. Das ist immer sehr schwierig. Da sind auch manche, die Sachen so einschätzen und andere hätten es anders eingeschätzt. Da scheiden sich auch manchmal die Geister, aber wenn man da unten ist muss man es halt selber einschätzen. Es sei denn, man ist sich gar nicht sicher dann kann man noch den Hintergrund anrufen.“

Die Thematisierung von Erfahrungswissen ergibt ein ambivalentes Bild. Erfahrung als „unschätzbarer Faktor“, als „solide Basis“ wird nahe zu uneingeschränkt anerkannt- sowohl „was die praktischen Tätigkeiten betrifft als auch das theoretische Wissen, genauso eben das theoretische Wissen, darum, wie ich mich dem Patienten gegenüber verhalte. Das sind alles Erfahrungsdinge.“ Interessanterweise schließt der Assistenzarzt in einer Überbetonung theoretischer Zugänge auch den praktischen Patientenumgang hiermit ein.

In Bezug auf Lernprozesse wird die praktische Genese von Erfahrungswissen dem theoretischen Zugang überwiegend vorgezogen:

„Was ich praktisch lerne, merke ich mir auf Dauer sehr viel besser. Weil das einen besseren Eindruck bei mir hinterlässt.“

Auch das Lernen aus Fehlern wird als nachdrückliche „Erfahrung“ gespeichert:

„Wenn man mal was besonders Spektakuläres gesehen hat oder spektakulären Fehler gemacht hat, dann erinnert man sich natürlich eher daran.“

Die internistische Assistenzärztin betont die hohe Bedeutung, aber auch schwere Vermittelbarkeit des personengebundenen Erfahrungswissens:

²⁹⁴ Daher ist es für die jungen Ärzte „manchmal verwirrend, weil drei Schichten und drei Meinungen und dann ist es verwirrend. Da fehlt mir schon manchmal die Federführung.“

„Ich merke das dann, wenn bei uns auf die Station Studenten kommen und die fragen mich lauter so Einzelheiten so z.B. was würdest du machen, wenn der das macht? Diesen Schritt oder diesen Schritt? Und ich kann nur sehr schwammig antworten, das seh' ich dann. Das ist etwas, das demjenigen nicht weiter hilft. Und dann überleg ich immer, wie kann ich das demjenigen verständlich machen, weil dieser Student ist ja auf mich angewiesen, der erhält ja seine Erfahrung sozusagen auch zu einem Großteil durch mich. Wie kann ich dem verständlich machen, dass sich dadurch, dass ich das schon gesehen habe, sich gewissen Fragen für mich nicht mehr stellen. Und das find ich schon sehr schwierig.“ Erfahrung gibt weiterhin, so äußert die junge Ärztin im praktischen Jahr, in erster Linie Sicherheit (*„Da kann mir jetzt erstmal keiner reinreden“*).

Erfahrungswissen wird jedoch auch kritisch betrachtet als *„emotional gefärbtes“*, demnach nicht-rationales Wissen, das sich auch als „Gefahr“ für den Erkenntnisprozess auswirken kann:

„Also Erfahrungen sind emotional gefärbt und man muss aufpassen, dass man nicht vor lauter Borniertheit zu glauben, man hat das schon gekannt und man weiß genau, was es ist, nicht eine Tatsache übersieht oder also Gegebenheiten übersieht oder andere Wege von vornherein ausschlägt.“

Auch der wissenschaftsaffine Assistenzarzt relativiert die Bedeutung von Erfahrung- erneut unter Bezugnahme auf wissenschaftliche und theoretische Expertise.

„Erfahrung ist immer relativ, ich kann nicht sagen ich bin so erfahren, dass ich in allen Fachgebieten einen absoluten Überblick habe und das ist der Punkt an der Sache und wichtig ist, dass verschiedene Erfahrungen auch zusammenspielen. Ich denke auch, dass ein Arzt heute sich immer mehrere Meinungen oder Expertenmeinungen einholen sollte, weil er weiß, dass er auf seinem Gebiet ein Experte ist aber darüber hinaus vielleicht irgend etwas übersieht oder so. Das halte ich für entscheidend, also Erfahrung ist immer relativ.“

Bei ihm klingt am deutlichsten eine Sicht auf Erfahrung an, die als „Abwertung von Erfahrungswissen“ bezeichnet werden kann:

„Also Erfahrung spielt eine Riesenrolle, aber Erfahrung kann bei manchen Ärzten auch zur Selbstüberschätzung führen. Da sollte man auf dem Teppich bleiben.“

So betont er im Gegenzug die in seinen Augen größere Bedeutung des technisch „up to date“-Seins:

„Wenn ich jetzt irgendeinen 65jährigen Facharzt habe, der eine Praxis hat und hat sich seit 35 Jahren nicht fortgebildet und kennt eigentlich neue Untersuchungstechniken nicht, es ist auch so, man sollte auch für den Patienten immer auf dem neusten Stand sein und da finde ich, da macht es schon Sinn.“

Nicht Erfahrung, sondern „Zahlen“ bilden für ihn die Wissensgrundlage der ärztlichen Entscheidung:

„Weil ich muss ja letztendlich das ganze untermauern können und das sind ja evidence, das sind ja auch, das arbeitet ja auch wieder mit Zahlen auch, klar, die arbeiten mit Zahlen und Ergebnissen und Leitlinien auch wieder.“

Themenübergreifend lässt sich aus den Äußerungen des wissenschaftsaffinen Assistenzarztes ein spezielles „Expertenkonzept“ („Schlagwort ist da heute interdisziplinär, d. h., ich nehme nicht nur einen Experten, ich nehme verschiedene Fachgebiete dazu“) entnehmen, das sich fast ausschließlich durch wissenschaftlichem Fachwissen definiert. Erfahrung wird hierbei weitestgehend der Status eines selbstverständlichen Begleitwissens attestiert:

„Aber Vorteile hat es auch, natürlich, je mehr ich gesehen habe desto mehr, das ist aber in jedem anderem Beruf auch so, je mehr ich eine Handlung durchführe und Diagnostik durchführe, das macht einen ja zum Experten, Erfahrung ist immer von Vorteil, in jedem Fachgebiet.“

Der Erfahrung zugeordnet wird auch der Bereich der intuitiven Erkenntnis („Ich glaube, dass das Erfahrung ist, als Anfänger geht das nicht.“). Das Fehlen einer formalen theoretischen Begründung kann so durch den Rekurs auf Erfahrung toleriert werden:

„Aufgrund der Basis der Erfahrung kriegt man eine gewisse Intuition, weil man Beispiele vorher hatte, wo es war, die man jetzt nicht unbedingt immer diagnostisch begründen kann oder anhand der Technik begründen kann, indem man Verdacht und Intuition aufgrund der Erfahrung zusammenbringt.“

Intuition als alleinige Erkenntnisgrundlage wird jedoch abgelehnt, eine unbedingte Objektivierung im Rahmen von „handfester Diagnostik“ gefordert:

„Nur Intuition wäre ziemlich prophetisch, man muss dann schon die handfeste medizinische Untersuchung oder Diagnostik machen um dann der Intuition letztendlich zu sagen oder zu gucken, ob das dahintersteht oder nicht. Ich kann ja auch niemanden therapieren nur aufgrund von Intuition, ich brauche ja dann handfeste Beweise, dass sich die Intuition bestätigt hat.“

Ambivalenzen lassen bei den jungen Ärzten auch in Bezug auf Formen gefühlten Wissens erkennen. Vor allem der Assistenzarzt reproduziert in diesem Zusammenhang erneut das bei ihm vorherrschende Motiv des rationalen Denkens, in dem er „erspüren“ durch „vermuten“ und durch den Verweis auf „wissenschaftliche Grundlagen“ korrigiert. Der Terminus Gefühl ist offenbar mit einigen Berührungängsten behaftet, da Gefühl allzu schnell in die Nähe von Beliebigkeit eingeordnet wird. Eine oft gehörte Wendung der jungen Ärzte mit mehrjähriger Praxis bezeichnet den Patienten oder seine Symptomatik als „komisch“ oder „seltsam“, womit eine „Irritation“ im Rahmen des Denkvorgangs bezeichnet ist, die den Verdacht in eine bestimmte Richtung lenkt und zumeist nicht begründet werden kann. Ebenso kann die Bedeutung des Wahrgenommenen nicht unmittelbar interpretativ zugeordnet werden und weicht in bedeutsamer Weise von einer Norm, die ausdrücklich kein statistischer Durchschnittswert

sein muss, sondern eher von einer Erwartung, die auf Erfahrung basiert, ab. Stellenweise wird sich, oftmals mit Stolz, eines besonders markanten Falls erinnert, bei welchem gegen äußere Widerstände (Kollegen, Zeitdruck, Unwahrscheinlichkeit) zu Recht, wie sich rausstellte, auf der eigenen Eingebung beharrt wird.

3.5.3.2 Wissen und Denken im Kontext subjektivierenden Handelns als Zusammenspiel impliziten und expliziten Wissens: Die „Einschätzung“ des Experten

Ärztliche Expertise zeigt sich insbesondere im späteren diagnostischen Ablauf als spezifische Kombination formal-logischen Denkens und erfahrungs- und gefühlbasierter Prozesse, die in Abhängigkeit von der jeweiligen Handlungsanforderung und den situativen Gegebenheiten unterschiedlich akzentuiert sein kann. Die Aussage *„Ich hab natürlich die Medizin soweit im Kopf“* veranschaulicht die auf allen Expertisestufen bestehende Relevanz formalisierten Theoriewissens für den ärztlichen Denkprozess. Trotz des festzustellenden Phänomens der „Theoriedistanz“ des ärztlichen Experten und des hohen Stellenwerts „anderer“ Wissensformen, wie sie im Repertoire des erfahrenen Arztes auszumachen sind, darf die Rolle expliziten Wissens keinesfalls übergangen werden. Auch der Experte konstatiert, hier im Rahmen eines kontrastierenden Vergleichs mit nicht-medizinischem Personal, die elementare Rolle medizinischen Fachwissens für das diagnostische Denken:

„Beispiel Intensivstation: wenn man heute zur Ausbildung auf die Intensivstation kommt, da sind ja dann Schwestern, für die der Intensivalltag seit 10 Jahren tägliche Routine ist, das heißt, die können vieles mindestens so gut wie die Ärzte, wenn nicht besser, haben aber nicht diese theoretische Tiefe, Pharmakologie, was kann ich kombinieren.“

Formaltheoretisches Wissen bildet unbestreitbar die Grundlage diagnostischer Überlegungen. Dass das formale Theoriewissen als „Unterbau“ für den diagnostischen Denkprozess fungiert, ist jedoch sicherlich keine neue Erkenntnis. Näher zu beleuchten ist jedoch seine Verflechtung mit Formen impliziten Wissens. So bildet die persönliche Erfahrung des erfahrenen Arztes, so ist es auf allen Ebenen unbestritten, die zweite große Säule ärztlicher Expertise. Die Medizin wird daher mitunter auch als „Erfahrungswissenschaft“ bezeichnet.

„Medizin im eigentlichen Sinne, das kann man so nicht lernen. Das ist eine Erfahrungswissenschaft, das müssen Sie einfach tagtäglich sehen und üben und Sie müssen möglichst viel gesehen haben.“

Dass Theoriewissen und Erfahrungswissen sich zumindest beim Experten nicht konkurrierend gegenüberstehen, sondern sich vielmehr gewinnbringend ergänzen, veranschaulichen im Folgenden einige Aussagen von erfahrenen Ärzten, die über den Erwerb ihres professionellen

Wissens reflektieren. Das empirisch in seiner Struktur differenzierbare Wissen von Ärzten verschiedener Erfahrungsstufen zeigt sich als Ergebnis praktischer Lernprozesse. Lernen geschieht in erster Linie durch die Genese praktischer Erfahrung als „*Learning by Doing mit dem theoretischen Hintergrund halt, den Sie vom Studium her haben*“. So beginnt das eigentliche Erlernen der ärztlichen Tätigkeit mit Beginn der Praxis: „*Praktische klinische Arbeit, das lernt man vor Ort.*“ Das als Schlüsselkompetenz zu betrachtende „Erkennen“ oder vielmehr „*Wiedererkennen*“ von Krankheitsbildern, erfolgt, wie gezeigt werden kann, in einem Zusammenspiel von formalisiertem Wissen und Erfahrungswissen:

„Wenn so jemand mit solchen Symptomen vor mir, das erste Mal vor mir sitzt und ich also gar nicht in der Lage bin diese Symptome zu erkennen, weil ich die noch nie vorher gesehen habe, nützt mich das auch nichts. Umgekehrt ist es so, wenn jemand mit den Symptomen vor mir sitzt und ich die Symptome beschreiben kann, aber nicht weiß, worauf das jetzt hindeutet, weil die Theorie fehlt, ist es auch wieder schlecht. Man braucht im Prinzip beides, (...) weil viele von diesen Sachen, wenn man es einmal gesehen hat und einmal sich damit beschäftigt hat, erkennt man es auch immer wieder.“

Anschaulich wird auch in der Selbstreflexion des Experten, soweit noch im Einklang mit der kognitiven Expertiseforschung, geschildert, wie sich der Stellenwert formaler theoretischer Konzepte im Laufe der individuellen ärztlichen Entwicklung im Verhältnis zu anderen, ihrem Wesen nach impliziten, Wissensformen verschiebt:

„Es gibt halt unterschiedliche Gewichte im Laufe der beruflichen Entwicklung und man muss sehen, dass das im Gleichgewicht bleibt. Man fängt an, strotzend vor Theorie, den Wissensstand haben sie theoretisch später nimmer, weil dann müssten sie ständig lernen wie auf eine Prüfung. Und das Erfahrungsmoment ist am Anfang ganz klein, das theoretische Wissen sehr groß, die Erfahrung ganz klein und jetzt entwickelt sich das im Laufe, die Erfahrung wird immer größer.“

So scheint die „*Ärztliche Urteilskraft*“, hier als Diskriminierungsvermögen von „*Normalem/Unnormalem*“ oder „*etwas, was außerhalb der Skala liegt*“ per se an personengebundenes Erfahrungswissen geknüpft:

„Im Laufe der Zeit durch regelmäßiges Üben, dass man dann Sachen eben auch findet, die etwas außerhalb der Norm sind, dass man dann gewissermaßen ein Gefühl dafür kriegt, was ist normal in dem Sinne und was nicht. Aber das ist eben was, was einen auch nicht durch Bücher vermittelt werden kann, sondern was man sich gewissermaßen selber erarbeiten muss.“

Die hier deutlich werdende „Distanz zu theoretischem Bücherwissen“ sowie die im selben Kontext auftretende Verschiebung von „Wissen“ zu „Gefühl“ sind beim Experten häufig in uneindeutigen Situationen festzustellen. Auch muss das formulierte Ziel, „*so wissenschaftlich wie möglich*“ zu arbeiten, mit einem ganzheitlichen Ansatz vereinbar sein:

„Ich will schon auf einem wissenschaftlichen Boden stehen, aber eben Seele und Körper behandeln, meinetwegen die Wohnsituation- ja, also, wenn einer Kopfweh hat, würde ich den nicht einfach zu Kernspintomographen schicken und sagen nein, Sie haben nichts, Sie sind gesund, sondern ich will dann auch wissen, dass er vielleicht unter unwirklichen Zuständen arbeitet, wohnt, lebt und vielleicht sich den Kopf voll säuft jede Nacht und deswegen Kopfweh hat oder irgend so etwas, ich meine solche Dinge auch.“

Hiermit soll keineswegs eine atheoretische Problemlösungsstrategie bezeichnet sein, vielmehr handelt es sich um eine Souveränität im Umgang mit Theoriewissen, so z. B., indem offenbar die im Lehrbuch präsentierte und für den Anfänger noch maßgebliche Reihenfolge von „Leitsymptomen“ für den Erkenntnisvorgang des erfahrenen Arztes offenbar keine Rolle mehr spielt. Ergebnis dieser Entwicklung ist die Fähigkeit zur erfahrungsbasierten und fallspezifischen Anwendung von formalisiertem Wissen, wie der folgende Abschnitt exemplifizierten soll:

„Man weiß ja schon, dass bestimmte Erkrankungen, bestimmte Symptome- aber da gibt es auch keine Regelmäßigkeit - es gibt bei einer ganz bestimmter Erkrankung werden in den Lehrbüchern sagen wir mal zehn Symptome angeführt, in der Gewichtung nach Häufigkeit eins bis zehn. Darauf können Sie sich aber nicht verlassen, weil es kann gut sein, dass der Patient nur Symptom Nummer neun, dass das für den ganz an erster Stelle steht, das ist durchaus möglich.“

Anhand einer konkreten Fallschilderung wird deutlich, dass der Experte im Rahmen des diagnostischen Denkvorgangs differenziertes Theoriewissen unmittelbar abrufen („Wenn der Stein sich bewegt dann wandert dieser Stein da so nach unten, dann haben die Leute auch mal abdominelle Symptomatik, das heißt das autonome Nervensystem ist dann auch beeinträchtigt, wenn was im Bauch ist. Dann ist dann oftmals der Darm beleidigt²⁹⁵“). Als entscheidend erscheint jedoch seine Fähigkeit, den für die Diagnosestellung relevanten Aspekt („Für ihn war das Symptom, das führende Symptom war Durchfall, und das hat er angeboten“, das hat er als erstes Symptom hingesetzt“) auch bei Abweichungen vom typischen Lehrbuchfall zu erkennen.

Technische Methoden der Befunderhebung als objektivierende Zugänge erfüllen zweifellos wichtige Funktionen. Gelegentlich können so genannte „Zufallsbefunde“ durch standardisierte Laboruntersuchungen generiert werden oder in anderen Fällen Beurteilungen einer Prüfung

²⁹⁵ Wie hier erkennbar übersetzt der erfahrene Internist die akute Beschwerde in eine gefühlsbezogene Dimension, typischerweise in Form charakterisierender, qualitativ beschreibender Elemente aus der Alltagssprache („Dann ist dann oftmals der Darm beleidigt“). Diese Besonderheit kann als Merkmal von Expertenschilderungen festgestellt werden, während vor allem jüngere Ärzte, wohl auch im Rahmen ihres Anspruchs an die Wissenschaftlichkeit des ärztlichen Wissens und Handelns, in ihren Schilderungen tendenziell häufiger an medizinische Fachterminologie anknüpfen.

unterzogen und eventuell zugunsten objektiver Daten revidiert werden. Als exklusive Befähigung des Experten zeigt sich z. B. das „Lesen“ in Daten:

„Dann kann man schon aus der EDV die wichtigen Daten sich anschauen, ohne den Patienten gleich zu sehen um ungefähr schon mal einen Eindruck zu haben, was könnte ihm fehlen, ist es ernst, ist es belanglos eher. Das muss man schnell abklopfen.“

Offenbar werden jedoch insgesamt diagnostische „Hardfacts“ vom Experten nicht unkritisch zur Kenntnis genommen, bzw. als Ultima Ratio betrachtet, so wenn *„man über Erfahrungswerte noch was zusätzliches herausgefunden hat oder erahnt hat, was vorliegen könnte.“* Laborbefunde stellen, so sie denn nicht „eindeutig“ (*„Also manchmal ist es eindeutig, wenn der Knochen durch ist, ist er durch, das können Sie drehen und wenden, wie Sie wollen“*) sind, in manchen Fällen nur einen Anhaltspunkt unter mehreren dar:

„Ich tu dann auch mal Befunde kritisch hinterfragen und beiseite stellen und weise dann darauf hin, wir ham zwar den Befund, aber in der Gesamtüberzeugung sollte man den Befund nicht so hoch hängen, der ist meines Erachtens nicht so relevant.“

Die absichernde Rückfrage, ob eine „objektive Quelle wie ein Untersuchungsergebnis-“ unterbricht der Experte:

„Das ist ganz wichtig, das kann man auch mal ausschalten, das kann man hinten anstellen: Wir haben zwar diesen Befund, das teilen wir Ihnen auch mit, aber ich glaube nicht, dass das eine besondere Relevanz hat.“

Hierbei konstruiert sich der erfahrene Arzt als autonomer Akteur, dem es selbst obliegt, sich *„leiten oder verleiten“* zu lassen:

„Ich mach meine Einschätzungen und aus. Und wenn das irgendeinem nicht gefällt, dann soll er's anders machen. Und ich änder' das auch nicht um. Muss ich auch nicht. Die Freiheit hab ich schon.“

Hiermit ist offenbar jedoch keine bloße Distanz zu objektivierenden Formen des Wissens, Denkens und Erkennens bezeichnet. In der „Einschätzung“ des ärztlichen Experten manifestiert sich vielmehr ein verschiedenartige Informationsquellen einbeziehender, abwägender Umgang mit objektiven Daten. Diese werden im Rahmen einer „Souveränität im Umgang mit Theoriewissen“ parallel zu „weichen Informationen“, Einzelsymptomen und dem „Schmerz-bild“ des Patienten auf der Basis von Erfahrungswissen „eingeordnet“, das heißt, in Bezug zur eigenen Erfahrung gedeutet. Diese Fähigkeit zur sinnvollen Integration verschiedenartiger Informationen, deren Gewichtung durch den ärztlichen Blick bzw. die ärztliche Urteilskraft erfolgt, zeigt sich in der so genannten Befundzusammenschau:

„In der Befundzusammenschau wie es dann heißt, man hat dann alle Befunde zusammen und versucht dann zu gewichten. Sieht den Patienten auf der einen Seite, seine Beschwerden, seine Symptomatik, seine Befunde und dann versucht man das zu gewichten. Und sagt: unterm Strich denken wir, so ist es.“

Wichtig erscheint weiterhin, dass „*der rein persönliche Patientenkontakt*“ bei dem sich als „Kliniker“ selbstdefinierende Arzt auch im fortgeschrittenen Diagnoseprozess an erster Stelle steht:

„Also der Kern ist immer noch die so genannte Visite. Die althergebrachte Visite. Da findet der Patientenkontakt statt und da nimmt man dann die Unterlagen mit, schaut, was gibt es an neuen Befunden, was müsste man aufbauen auf den vorhandenen Befunden, was sollte man noch diagnostisch tun, was könnte man noch therapeutisch ändern, um das zu optimieren.“

Deutlich wird erneut, neben dialogisch-interaktiven Vorgehensweisen und einer hohen Bedeutung von Phänomenen sinnlicher Wahrnehmung auf Ebene des Wissens die entscheidende Relevanz von „weichen Informationen“. Hierbei zeichnet sich der Experte weiterhin durch eine Orientierung am subjektiven Patientenbefinden („*Wie ist es gegangen die Nacht über, ist es erträglich?*“) aus, dessen Wissen über seinen Körper offenbar in die diagnostischen Überlegungen miteinbezogen wird. Der Patient „*ahnt, da ist jetzt was neues in meinem Körper. Das ist nicht das Bauchzwicken, was ich schon immer gehabt habe, sondern was anderes.*“

Handlungsoptionen werden durch den Einbezug neuer Informationen ausgelotet, bzw. korrigiert, wobei der Patient und die durch ihn optisch, verbal und sinnlich *erfahrbaren* Informationen offenbar weiterhin wichtige Auskunftsquellen darstellen. Den Patienten „*möglichst oft sehen*“ erweist sich auch im späteren Stadium der Diagnostik als wesentliches Medium der Erkenntnis. Offenbar können im Anblick des Patienten und im Austausch mit ihm bestimmte Informationen generiert werden, die auf anderem Wege nicht eruierbar sind. Aufgrund von Erfahrungswissen können gezielt „zwei bis drei Fragen“ gestellt werden, zusätzlich erlaubt das Vertrauen des ärztlichen Experten auf sein „Bauchgefühl“ („*ich bin mir ziemlich sicher*“) den Verzicht auf (möglicherweise unnötige) weiterführende apparative Untersuchungen. Ein weiteres Beispiel hierfür ist das „*Einordnen der Beschwerden*“:

„Von daher ist es wichtig, die Beschwerden einzuordnen, das Schmerzbild einzuordnen. Um sagen zu können: Auch wenn ich jetzt nicht weiß, was dahinter steckt, den kann ich locker abfliegen lassen, da kann ich morgen noch mal hinschauen, ich bin mir sicher, der hat nichts. Sicher können Sie in so einem Fall auch die ganze Maschinerie in Gang setzen, den von unten bis oben durchschichten, in die Maschinen stecken. Vorm Kadi ist das hilfreich, aber ich find das ist ein bisschen der persönliche Ehrgeiz der einen da beflügeln sollte- das mach ich jetzt nicht! Ich bin mir ziemlich sicher, da zwickt' s nicht, da ist es nicht eng, den lass mer mal, der soll mal zu sich kommen, dann redma morgen noch mal mit dem.“

In der Selbstreflexion des Experten wird dieses äußerst voraussetzungsvolle Handeln („*Da muss man schon sehr gut dabei sein*“) als „ärztliche Urteilskraft“, bzw. als Kernelement der ärztlichen Kunst evident.

In der Summe können zahlreiche Situationen benannt werden, in denen der erfahrene Arzt auf Wissensbestände jenseits expliziten Wissens zurückgreift bzw. als Schlüssel zur Diagnosefindung geistige Prozesse benennt, die sich kaum als formallogische Operationen beschreiben lassen. Diese werden teils selbst explizit als „Gefühl“ benannt oder es klingt vielfach eine deutliche Nähe zu von Emotion geprägten Zuständen an: *„Alarmglocken“*, ein *„unbestimmtes Gefühl so, da würde ich gerne noch mehr wissen“*, *„damit bin ich noch nicht zufrieden, (...) das ist so einfach dieses Gefühl, ich weiß nicht, ich glaube ich habe da noch nicht alles erfahren sozusagen“*, *„diese berühmte Sirene, die dann so angeht“* sind sprachliche Repräsentationsformen dieser Gefühlsbegleitetheit, wenn nicht sogar Gefühlsgeleitetheit in der Praxis.

Charakteristisch für Phänomene impliziten Wissens scheint auch für erfahrene Ärzte der Zusammenhang „Wissen – Denken - Gefühl“ teilweise schwer verbal zu differenzieren zu sein. Häufig werden Oberbegriffe vermischt oder pauschal angeboten (*„Ja Sinne, das wäre ja die Intuition, dass man einfach guckt“*), was auf die Schwierigkeit der Explikation des Phänomens sowie auf die enge Verwandtschaft dieser (impliziten) Wissensformen hindeutet. Eine Präzisierung des Themenkomplexes kann jedoch stellenweise erreicht werden. Intuition findet insgesamt durchaus Akzeptanz im Spektrum ärztlichen Wissens und bildet vor allem im Verbund mit Erfahrung eine unproblematische Quelle der Erkenntnis. So fällt auf, dass die Themenkomplexe Intuition und Erfahrung fast immer ineinander übergehen. So werden Erfahrung und Intuition auch gemeinsam mit oder als „Fingerspitzengefühl“ thematisiert:

„Dann braucht' s natürlich auch eine gewisse Erfahrung und Intuition, bissl Fingerspitzengefühl, des brauchen' s schon“

Auch wird Intuition explizit mit sinnlicher Wahrnehmung in Verbindung gebracht

„Die Intuition? Das ist das, wo man viele Sinneseindrücke verwendet, die einem vielleicht gar nicht bewusst sind.“

Als wenig konfliktbehaftet erweisen sich die Formulierungen „Aufspüren“ oder „Ahnung“ als Methode des Erkennens. So wird das Erkennen (hier des seltenen Herzinfarktes eines jungen Mannes) in den Bereich der sinnesgeleiteten Erkenntnis verwiesen:

“Also das sind die ganz guten Ärzte, die diesen Unterschied noch aufspüren.“

Der ärztliche Blick als Fähigkeit, auch eine eher unwahrscheinliche Diagnose zu stellen, bzw. deren „Aufspüren“ wird als vorrangiges Metier des Experten, des „guten Arztes“, behandelt. Gefragt nach erforderlichen Fähigkeiten, einen weniger offenkundigen Fall zu lösen, wird, wie häufig im Rahmen schwer explizierbarer Phänomene und Wissensquellen der fast schon als Schlagwort einzustufende Begriff der „Intuition“ als Oberbegriff zur Erklärung nicht oder schwer erklärbarer Erkenntnisvorgänge herangezogen:

„Das ist dann intuitiv. Intuition ist glaube ich diese gelernten, ganz vielen Rezeptoren, Blass, Angst, Schweiß und das wird nicht mehr im Bewusstsein gemacht. Nicht mehr im Hippocampus, sondern im limbischen System.“

Erkennen wird hier explizit durch die vorgenommene Verortung des Erkenntnisvorgangs im limbischen System, dem emotionalen Zentrum des Gehirns, dem Bereich des Nicht-Rationalen zugeordnet. Es geschieht außerhalb des Bewusstseins und ausdrücklich nicht im Rahmen logisch-diskursiven Denkens. Hinter dem Etikett „Intuition“ verbirgt sich offenbar ein sehr voraussetzungsvolles Wissen, das nur dem erfahrenen Arzt zugänglich zu sein scheint. Entscheidend erscheint jedoch vor allem das selbstverständlich anklingende Zutrauen zur eigenen Intuition und zu anderen Formen gefühlten Wissens, das sich als Alleinstellungsmerkmal des erfahrenen Arztes verdeutlicht. Der Experte ist sich der „Subjektivität“ des eigenen Urteils bewusst und kann diese in sein Handeln konfliktfreier integrieren:

„Das ist ja das ständige Spiel, wie ich dann schreibe, es handelt sich am ehesten, es handelt sich wahrscheinlich, es ist möglich dass, ich kann es nicht ausschließen, das ist immer ein Ringen um dieses Wort dann. Und dann am Schluss aber, ich (starke Betonung) würde das oder ich würde das und das machen. Wenn Sie's anders machen ist auch recht.“

Subjektivität ist an dieser Stelle nicht mit „Beliebigkeit“ zu verwechseln, auch wenn sich die Einschätzung intersubjektiver Begründbarkeit entziehen mag. Vielmehr kann in der sorgfältig abwägenden Einschätzung ein Zusammenspiel objektivierender und subjektivierender Erkenntnismöglichkeiten gezeigt werden, die der Experte durch die Zusammenführung der scheinbaren Gegensatzpaare „Technik und Gefühl“, „Laborwerte und Eindrücke“, letztlich von exakt Benennbarem gegenüber Diffusem und Vagem meistert.

3.5.4 Beziehungsgestaltung im Rahmen des abschließenden Diagnoseprozesses

3.5.4.1 Objektivierende Form der Beziehungsgestaltung im Rahmen des abschließenden Diagnoseprozesses

In Bezug auf das objektivierende Handeln können hinsichtlich der Beziehungsgestaltung gegenüber den zuvor analysierten Handlungsfeldern keine neuen Aspekte beigesteuert werden.

3.5.4.2 Subjektivierende Form der Beziehungsgestaltung im Rahmen des abschließenden Diagnoseprozesses: Die Bedeutung von Kooperation und Patientenwissen

Die grundsätzliche Art der Bezugnahme auf den Patienten als „Subjekt“ kann auch für den fortgeschrittenen Diagnoseprozess aufgezeigt werden. Auch im Verlauf der Diagnosestellung zeigen sich die Dispositionen der Nähe, Verbundenheit und Teilhabe als Basis des Arbeitsprozesses zwischen Arzt und Patient, einer Grundhaltung, die sich auf verschiedenen Analyseebenen widerspiegelt. Zunächst kann Nähe zum Erkenntnisgegenstand Patient unter den Experten als Königsweg der Diagnostik bestimmt werden. Vor allem der Praxistyp „Kliniker“, der Arzt am Krankenbett, definiert sich primär über seine Nähe zum Patienten. Gerade besonders herausfordernde Problemsituationen löst er durch die Strategie des „am Patienten dranbleiben“. Das Subjekt Patient, *„das sich nicht als Werkstück abgibt“*, bringt nicht nur seinen Körper in den Diagnoseprozess ein, sondern wirkt durch sein Wissen (*„der spürt, das ist jetzt was anderes in seinem Körper“*) um seine Erkrankung aktiv in den – teilweise in Kooperation bewältigten - Erkenntnisprozess ein. (Auch dem Patientenkörper wird dabei kein Objektstatus zugewiesen, vielmehr wird sich auch auf Organe wie auf Subjekte bezogen, ihnen Subjekteigenschaften zugesprochen (*„Dann ist dann oftmals der Darm beleidigt“*).

Erschwert wird der Aufbau eines vertrauensvollen Bezugs durch die z. T. hohe Arbeitsteiligkeit im Bereich einzelner diagnostischer Abläufe. Hierbei zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Hausarzt und Klinikarzt. Aufgrund der Gliederung in spezialisierte Funktionseinheiten wird ein Patient in den seltensten Fällen von nur einem Arzt behandelt. Für den Arzt bedeutet Spezialisierung, oftmals nur mit einem konkreten Ausschnitt respektive Organ des Patienten in Berührung zu treten- dies sogar nur mittelbar durch die Schnittstelle der technischen Untersuchung. Diesen Umstand problematisierend äußert sich der spezialisierte Sonografeur, der eine grundsätzlich ganzheitliche Bezugnahme auf den Patienten vertritt, diese jedoch im Rahmen seiner Tätigkeit kaum realisieren kann:

„Ich mache jetzt praktisch mehr (Sonografie), als mir lieb ist, weil ich natürlich immer eine Mischttätigkeit haben wollte, ganzheitliche Medizin (LACHT) und jetzt in einer extrem monomanen//AHHM// Ratten- Hamster Rad, in einer Situation bin, die ich mir natürlich nie so ausgesucht hätte.“

Das „Fließband“ verdeutlicht darüber hinaus die Erschwerung einer persönlichen Beziehung durch ökonomisch-institutionelle Rahmenbedingungen.

„Wir sind ein sehr schnelles Fließband und wenn man mal 30-35, wir hatten auch schon 40 Patienten an einem Tag durchgemacht, dann geht das unheimlich schnell und viele Patienten bei uns verstehen es nicht. (...) Die gehen einfach vorbei und da gibt es jetzt keine große Beziehung zu den Patienten.“

3.6 Therapiegestaltung

Das Thema „Therapie“ offenbart in Bezug auf die Handlungsstile der beiden kontrastierten Gruppen keine wesentlichen neuen Erkenntnisse, weswegen die handlungstheoretische Analyse an dieser Stelle knapp gehalten ist. Im Rahmen des Handlungsfelds Therapie wurde jedoch das äußerst interessante „Thema Leitlinien“ aktualisiert, das einige Anknüpfungspunkte bietet, die dazu geeignet sind, Handlungsprinzipien und Selbstverständnis der Interviewpartner näher auszuleuchten. Einige Aspekte dieser offenbar relativ zentralen Thematik werden im Rahmen der Erörterung „aktueller Problemfelder“ (Schlussteil) aufzugreifen sein.

3.6.1 Therapiegestaltung im Rahmen objektivierenden Handelns: Orientierung an Standards

Bei der Schilderung des eigenen therapeutischen Vorgehens bestätigt sich bei den jungen Ärzten das Bild eines weitgehend noch im objektivierenden Modus erfolgenden Handelns. Das planmäßig-objektivierende Handeln der jungen Ärzte erfährt in erster Linie durch die therapeutischen Leitlinien, formale Konzepte zur Behandlung auf Basis wissenschaftlicher Daten, eine Strukturierung durch extern definierte Vorgaben. Erneut scheint das Motiv des Schemas auf, hier in einer neuen Akzentuierung als „Objektivierung von Erfahrung“:

„Leitlinien sind schon wichtig. Gerade aus Diagnostik und Therapie, weil Leitlinien sind ja letztendlich Erfahrungen, die versucht worden sind, zu Papier zu bringen, weil man weiß, also Leitlinien, dass man damit die besten Erfahrungen gemacht hat und daraus resultiert dann ein Schema, woran sich alle halten sollten.“

Auch in diesem Handlungsfeld verspricht die Orientierung an vorgegebenen Schemata Handlungssicherheit, von denen eine „größtmögliche Wahrscheinlichkeit“ einer erfolgreichen Therapiegestaltung erwartet wird. Aus der Perspektive der Ärztin im praktischen Jahr nachvollziehbar wird von ihr ein „Experimentieren am individuellen Patienten“²⁹⁶ als „rumdoktern“ zugunsten einer Orientierung an „repräsentativ angelegten Studien“ zurückgewiesen.

²⁹⁶ Das „Experimentieren am individuellen Patienten“ erweist sich dabei geradezu als Merkmal ärztlicher Könnerschaft. Deutlich wird anhand dieser Textstelle auch der gelegentlich festzustellende Widerstreit in der Sicht- und Handlungsweise der jungen Ärzte, die sich normativ über die Individualität des Patienten zwar bewusst sind, ihr Handeln jedoch noch nicht entsprechend daran ausrichten können.

„Es ist sinnvoll, dass ich nicht bei einem Krebspatienten von neuem beginne, rumzudoktern, was könnte dem jetzt für eine Chemotherapie helfen, sondern dass ich vorne einfach eine gewisse statistische Wahrscheinlichkeit habe, und weiß okay, das ist jetzt für seinen Fall das angemessene. Weil das einfach auf Grund repräsentativ angelegter Studien herausgefunden wurde. Dadurch experimentiere ich weniger am individuellen Patienten herum, sondern eben das, wo ich eben die größtmögliche Wahrscheinlichkeit habe, ihm damit zu helfen zu können. Insofern sind Leitlinien schon sinnvoll.“

Differenzierter charakterisiert die internistische Assistenzärztin Leitlinien als Stützinstrument beim Fehlen von Erfahrungswissen:

„Also ich denke, die (Leitlinien) sind vor allem dann relevant, wenn man auf kein spezielles Erfahrungswissen zurückgreifen kann, dass man einfach eine Methodik hat, also wirklich einen Leitfaden, an dem man sich weiterhangelt, dass man sich weiterarbeiten kann. Und /ähm/ ja und um eine Standardisierung zu schaffen und dem Patienten und sich selbst eine Sicherheit zu geben.“

Erneut wird die erfahrungsbasierte Entfernung von Schemata als Expertenhandeln deutlich:

„Ich denke, je länger man dabei ist, desto weniger braucht man ganz enge Leitlinien. Dann hat man das einfach im Kopf. Ich glaube, die müssen sich nicht mehr so eng orientieren. Die wissen schon was man machen muss, weil es Sachen gibt, die muss man einfach so machen. Aber ich denke, da kann man mehr ausprobieren. Das ist sicher so.“

Aus den Äußerungen vor allem der Interviewpartner mit der geringsten praktischen Erfahrung klingt ein grundlegendes Vertrauen in „statistische Wahrscheinlichkeiten“ bzw. „evidenzen“ an, die für sie nicht im Widerspruch zur zuvor (normativ) bekundeten Individualität des Einzelfalls zu stehen scheinen. Die „Leitlinientreue“ der unerfahrenen Ärzte stellt objektiviert Erfahrung über die eigene Überzeugung oder Einschätzung, die den „Experten“ vorbehalten zu sein scheint.

„Hängt von der Abteilung, von der Gesellschaft ab, in der man assoziiert ist oder was man an Erfahrung auch selber..., das ist auch eine eigene Überzeugung noch dabei, denke ich(...) manche sagen, ich akzeptiere die Leitlinien nicht und ich finde der Blutdruck sollte strenger eingestellt werden, als normal, als die Leitlinien das vorgeben, weil der sonst mehr Konsequenzen hat davon, der Patient. Da streiten sich die Experten über die Forschungsergebnisse und über die Leitlinien, das ist eigentlich so der alltägliche Kampf.“

Das Spannungsfeld externer Vorgaben und der Notwendigkeit, Therapien individuell anzupassen, das die jungen Ärzte vor besondere Schwierigkeiten stellt, wird deutlich:

„Nein, ich muss mich schon auch an die Vorgaben halten, ich kann nicht machen was ich will. (...)Aber man muss sich natürlich an die Leitlinien, evidenzbasierte Medizin, man versucht aber heute viel auch zu Leitlinien zu verarbeiten, aber man muss die Nebenaspekte auch beachten.“

So räumt schließlich selbst der vielfach im Paradigma der Wissenschaftlichkeit argumentierende Assistenzarzt ein: „*Man kann nicht alles nur nach Leitlinien machen, das geht nicht.*“

Lediglich die psychiatrische Assistenzärztin, in diesem Fall kontrastierend zu ihren ungefähr gleichaltrigen, jedoch anderen Fachrichtungen angehörigen Kollegen anzuführen, äußert sich, konsistent zu ihrer ablehnenden Haltung gegenüber jeder Form von Standardisierung, auch in Bezug auf therapeutische Leitlinien ablehnend:

„Mein Verständnis von ,ner vernünftigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung entsprechen die Leitlinien nicht. Also ich glaub', dass da versucht wird, den Menschen in ein Raster zu pressen, was einfach nicht möglich ist, weil da eben versucht wird genau das, was ich nicht mache, anhand von bestimmten Diagnosen /äh/ einen Entscheidungsbaum loszutreten. Und das kann's meiner Meinung nach nicht sein, weil ein Mensch eben nicht aus seiner Biochemie besteht, sondern aus ganz vielen individuellen Faktoren, die du nur dadurch rausfindest und berücksichtigen kannst, dass du mit ihm im intensiven Gespräch- und nicht dass du einen Entscheidungsbaum abklapperst.“

3.6.2 Die Therapie im Rahmen subjektivierenden Handeln als Teil einer „Lebensbegleitung“

In der Analyse des ärztlichen Handelns im Rahmen des Handlungsfelds Therapie wird besonders deutlich, dass sich nicht präzise eingrenzte Problemfelder oder Zieldefinitionen, sondern das „vage“ Motiv des „Begleitens“ vielfach als handlungsleitend zu betrachten sind. Dass der niedergelassene Arzt darüber hinaus – zumindest im Idealfall- den Vorteil genießt, „*Interaktion, in Zeit und Ruhe etwas entwickeln können*“, zeichnet seine spezifische Situation als „Begleiter“ aus.

„Das ist ja eine ganz andere Begleitung des Menschen, als die Behebung eines umschriebenen Problems. Das ist ja irgendwo eine Lebensbegleitung.“

Begleitung ist hierbei jedoch nicht einseitig-direktiv zu verstehen, sondern erfolgt typischerweise im Modus der Kooperation:

„Das Gefühl, dass jemand auch was möchte und bereit ist, selber was zu tun. Und nicht so passiv denkt, ‚du Doktor, behandel mich‘. Das ist ganz schlimm. Ich kann niemanden behandeln, ich kann nur Behandlungen gemeinsam eigentlich machen.“

So berichtet die psychiatrische Assistenzärztin von der Notwendigkeit dialogischer Aushandlungsprozesse, die den Therapieerfolg erst ermöglichen:

„Ziel kann nicht sein, dem Patienten irgendwas aufzudrücken: ‚So, ich will jetzt, dass Sie so und soviel Medizin nehmen‘, weil das macht er genau bis zum dem Tag, wo er nach

Hause geht und dann macht er, wie er will. Das Ziel kann nur sein, immer wieder mit ihm zu verhandeln, und dann einen Kompromiss zu finden, mit dem dann beide Seiten leben können. Weil alles andere ist total kurzsichtig.“

Wie bereits im Anschluss an das empirische Material Schachtners festzustellen war, stehen „Beziehung“ und „Interaktion“ in besonderem Masse im Zentrum des ärztlichen Handelns. Die Grundhaltungen „Nähe“ und „Empathie“ als tatsächliche professionelle Fähigkeiten erstrecken sich somit auf den gesamten Behandlungsprozess, in dem der sich als ganzheitlich agierend verstehende Experte dem Patienten neben sachlich-fachlicher Beratung auch psychisch-emotionalen Beistand vermittelt, so auch als Klinikarzt:

„Wenn ein Patient kommt und ich mit dem gut zurecht komme und zu ihm ein Vertrauensverhältnis aufbauen kann und ich das Gefühl hab, dass er sich zurücklehnen kann, sich aufgehoben fühlt, sich aufgefangen fühlt, und dass allein dadurch sich schon wohler fühlt, dass er jemanden hat, wo er den ganzen Müll abgeben kann und wenn ich mit ihm dann spreche über seine Krankheit, auch helfen kann, Ratschläge geben kann.“

Deutlich wird in der Schilderung des „professionellen Dilemmas“, das Bestreben des erfahrenen Arztes, Teil eines gemeinsamen Erlebens zu werden, jedoch trotz subjektiven Involvements die ärztliche Aufgabe nicht aus dem Blick zu verlieren, einen „Ausweg zu sehen“.

„Soll ich mit dem mitweinen oder soll ich sagen, das ist nichts. Wie macht man das eigentlich? Wie geht man damit um? Und das wollte ich eigentlich gerne lernen. Wie weit geht man mit? Aber ab wann dreht man ab? (...) Dass man einerseits versucht, mit ihm das so weit es geht zu verstehen, mitzugehen, aber dann auch den Ausweg zu sehen.“

Es zeigt sich, dass „lebensbegleitende“ ärztliche Betreuung eine Zentralstellung der Patientenpersönlichkeit erfordert, die weit über ein definierbares Therapieschema hinausgeht.

„Dann gibt es die Leitlinien und wenn ich mich an denen entlang hängele mache ich keinen Fehler. Ob ich damit der betreffenden Person gerecht werde steht für mich auf einem ganz andren Blatt. (...) Aber die eigentliche Kunst besteht ja nicht im Anwenden von Leitlinien, die schriftlich niedergelegt sind, wenn das und das vorliegt, dann tue ich das und das, sondern in dem individuell zugeschnittenen Programm für die betreffende Person.“

Leitliniendefinierte therapeutische Konzepte werden in der „Schulmedizin“, zu der sich alle Befragten trotz ihrer als ganzheitlich zu beschreibenden Orientierung zählen, für die individuelle Behandlung nutzbar gemacht. Dennoch ist das Vorgehen in der Therapie insgesamt, dem Prinzip der offenen, situativen Planung folgend, durch das übergreifende Motiv der Individualität des Patienten bestimmt. Betont wird die Notwendigkeit der Anpassung einzelner thera-

peutischer Schritte an den konkreten, individuellen Fall, oftmals in Abweichung von vorgegebenen Therapieschemata ein:

„Dass man manchmal weniger dosiert, als in dem Leitfaden angegeben ist, weil der von der Konstitution schwächer ist, weil man das Gefühl hat, der verträgt das nicht.“

Bei der Auswahl eines geeigneten Therapieregimes, hier zur Behandlung einer Diabeteserkrankung, steht die gesamte Lebenssituation des Patienten im Mittelpunkt der Entscheidungsfindung. Die für den Zuschnitt des Therapieprogramms erforderlichen Informationen leiten sich nicht nur aus „harten Fakten“ (Alter, Gewicht, etc.) ab, sondern müssen sorgsam anhand von subjektiven Faktoren eruiert werden, die durch die erfahrungsbasierte Bewertung des Arztes sinnvoll strukturiert werden:

„Es kann jetzt zum Beispiel Alter ist noch so ein Faktor, biologisches Alter, also ein sehr subjektiv gefühltes Alter das mit dem Geburtstag nicht unbedingt übereinstimmt, ob jemand noch sehr rüstig ist oder schon sehr vorgealtert, ja, mit 60 schon daher kommt wie mit 75, das spielt alles eine Rolle um dann speziell für den Menschen vielleicht eine andere Entscheidung zu treffen, als es die Leitlinien vorsehen würden.“

Im Modus einer partizipierenden Wahrnehmung richtet sich die Aufmerksamkeit vor allem auf die zwischen den Zeilen kommunizierten Mitteilungen und damit verbundenen bzw. davon ausgelösten Gefühle und Vorstellungen.

„Wenn ich im Gespräch raushöre, jemand tut sich sehr schwer seinen Lebenswandel umzustellen und ist jetzt meinetwegen 75, dann muss ich nach den Leitlinien ein sehr hartes Regime einschlagen, bestimmte Werte erreichen in der Zuckereinstellung /äh/, als Mensch kann ich aber sagen, kann ich mit ihm versuchen rauszufinden, was ihm wichtiger ist.“

In der Interaktion werden entscheidungsrelevante Aspekte im sprachlichen Austausch erarbeitet und gemeinsame Ziele definiert, die durchaus nicht-messbarer Natur sein können. Eine gemeinsame Zieldefinition entsteht so als Produkt der dialogisch-interaktiven Kooperation von Arzt und Patient, wobei dem subjektiven Patientenempfinden Raum gegeben wird:

„Jetzt geht es wieder zurück zum Gespräch, jetzt geht es erstmal darum, dass der Betroffene die Information erstmal selber verarbeiten muss dass er Diabetiker ist, eine gesellschaftlich nicht sehr angesehene Krankheit, man muss wenn man irgendwo zu Gast ist Dinge ablehnen usw., das tut man alles sehr ungern, sie werden ein bisschen stigmatisiert, das ist schon mal das erste, er muss erstmal verkraften, dass er das jetzt ist.“

Der Handlungsstil der erfahrenen Ärzte zeichnet sich somit als ganzheitlicher aus, da sowohl auf eine Reduktion des Patienten auf seine Eckdaten und labortechnisch ermittelten Werte als auch auf eine strikte Befolgung standardisierter Therapieschemata zugunsten einer den Pati-

enten als komplexes Individuum betrachtenden Therapiegestaltung verzichtet wird. Abweichungen und „Außerplanmäßiges“ können auf diese Weise flexibel und situativ in das eigene Handeln integriert werden:

„Ich kann jetzt einen Übergewichtigen, nicht jahrelang schimpfen, dass er nicht abnimmt. Wenn er es nicht schafft, schafft er es nicht und dann muss ich das sozusagen in seine Behandlung mit einbauen, dass er das einfach nicht kann und da brauche ich auch dem bestimmte Diätkriterien nicht immer wieder neu einbläuen, das wird nicht funktionieren, sondern ich muss die Therapie so abstimmen.“

Ausdrücklich verweist der ganzheitlich orientierte Experte auf die für ihn gültige Zielvorstellung einer möglichst hohen Lebensqualität des Patienten, in Abkehr von einer quantitativen Orientierung an statistischen Daten:

„Ob er jetzt noch fünf Jahre relativ genussorientiert leben kann und bereit ist, die Konsequenz zu tragen, dass dann entsprechende Komplikationen auf ihn zukommen, dann würde ich zum Beispiel von der harten Verfolgung von Leitlinien abweichen und würde sagen: der ist vielleicht in den nächsten fünf Jahren gesünder, wenn er das locker macht, ist er insgesamt als Mensch gesünder.“

Der empathische, subjektive Nachvollzug der Patientensituation stellt hierbei für den Experten ein zentrales Medium der Orientierung wie auch Handlungskriterium dar.

„Zu versuchen einzufühlen, was für den das Beste ist und für den bissel mitzuentcheiden.“²⁹⁷

²⁹⁷ Erkennbar ist hierbei eine Haltung des erfahrenen Arztes, die dem Leitbild eines ärztlichen Paternalismus folgt.

3.7 Zentrale Ergebnisse der handlungstheoretischen Untersuchung

Eine grundlegende Erweiterung der Befunde der Studie „Ärztliche Praxis“ von Christina Schachtner (1999) stellte zunächst die Zuordnung konkreter Erscheinungsformen ärztlicher Praxis zu übergeordneten Handlungsstilen, dem objektivierenden und dem subjektivierenden Handeln, wie in Kapitel C 1. vorgenommen, dar. Mit der vertiefenden empirischen Untersuchung konnten die aus der Sekundäranalyse generierten Erkenntnisse bestätigt und weiter ausdifferenziert werden. Phänomene wie die „Ärztliche Intuition“ und der „Ärztliche Blick“ konnten so nicht nur als tragende Elemente professionellen ärztlichen Handelns, sondern auch als subjektivierendes Handeln verortet werden. Auf Grundlage der handlungstheoretischen Analyse sind diese konsistent in Bezug auf verschiedene Handlungsanforderungen zu erkennenden Handlungsweisen, wie vielfach anklingt als Erscheinungsformen der ‚ärztlichen Kunst‘ zu erkennen.

Darüber hinausgehend konnte durch die Methode der Kontrastierung von Handelnden mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund erstmals die Entwicklung eines professionellen Handlungsstils systematisch empirisch fokussiert werden. Insbesondere anhand der im Übergang zu einem erfahrungsbasierten Handeln befindlichen Interviewpartner kann verdeutlicht werden, wie sich zunehmend von einem objektivierenden Handlungsstil zugunsten eines erfahrungsgeleitet-subjektivierenden Handelns gelöst wird.

Darzustellen sind im Folgenden zunächst die in den verschiedenen Handlungsfeldern herausdestillierten zentralen Elemente subjektivierenden Handelns als Erscheinungsformen der ‚Ärztlichen Kunst‘. Ergänzt wird die verdichtende handlungstheoretische Synthese durch eine Reflexion der subjektiven Positionen der Interviewpartner zu den Themenfeldern ‚ärztliche Kunst‘ und ‚der gute Arzt‘, wodurch eine zusätzliche empirische Verifizierung der ärztlichen Kunst als subjektivierendes Handeln geleistet wird.

3.7.1 ‚Ärztliche Kunst‘ als subjektivierendes Arbeitshandeln: Zusammenfassung wichtigster Ergebnisse

Im Folgenden sind die zentralen Elemente subjektivierenden ärztlichen Handelns bzw. der ärztlichen Kunst in einer Zusammenschau zu betrachten. Hiermit können Fähigkeiten und

Qualitäten eines professionellen Handlungsstils benannt werden, die sich nicht in den Rahmen eines planmäßig-objektivierenden Arbeitsbegriffs einfügen.

Vorgehensweise

Als Merkmal des Experten zeigt sich zunächst in allen Handlungsbereichen eine Abkehr vom regelgeleiteten, schematischen Handeln zugunsten einer an den individuellen Fall angepassten Vorgehensweise. So erfordert die von „Unwägbarkeiten“ geprägte Situation des individuellen Patientenproblems, die auch als „*Überraschung*“, „*Kriminalstück*“ und „*immer wieder neues Experiment*“ charakterisiert wird, einen Zugang, der über ein planmäßig-objektivierendes Problemlösen hinaus auch „subjektive Faktoren“ zu berücksichtigen in der Lage ist. Das planmäßig-objektivierende Handeln symbolisierende „*Raster*“, „*Schema*“ oder „*Konzept*“ der jungen Ärzte als Behelfslösung angesichts der sie noch überfordernden Komplexität der unvollständig definierten Handlungssituation integriert diese kaum oder nur unzureichend in das eigene Vorgehen. So wird verständlich, dass die jungen Ärzte die Anamnese als linear-sequentielles „Schema“ konzipieren, das es sich anzugewöhnen gilt und in dem allenfalls geringfügige persönliche und stilistische Abweichungen „erlaubt“ sind, während beim erfahrenen Ärzten die „*Entfernung vom Raster*“ hin zu einer völlig individualisierten, nicht-regelgeleiteten Gesprächsgestaltung, beschrieben als „*nach Gehör spielen*“, kennzeichnend ist. Komplexe Problemsituationen können so im Stil eines schrittweise-explorativen Vorgehens „bearbeitbar“ und für das weitere Handeln anschlussfähig gemacht werden. Dies gilt für die Erstbegegnung als in hohem Maße unvollständig definierte bzw. „unscharfe“, unter den Bedingungen von Zeitknappheit und Handlungsdruck mitunter auch „kritische“ Situation, wie auch im Rahmen der Stufendiagnostik für den weiteren Diagnoseverlauf, so dieser nicht durch eine eindeutige Befundlage objektiviert wird. Im Zuge eines kaum planbaren Prozesses konkretisiert sich sukzessive das vorläufige Handlungsziel des erfahrenen Arztes, z. B. der Gewinn eines „*Eindrucks*“, in der Interaktion mit dem Patienten. Auch die Art und Weise des Einsatzes und des Umgangs mit Medizintechnik durch den erfahrenen Anwender offenbart ein von planmäßig-objektivierendem Handeln abweichendes Handeln, wie anhand des vom Spezialisten als „*Experimentieren*“ beschriebenen oder mit dem „*Klavierspielen*“ verglichenen Vorgehens in der Duplexsonographie, einem komplexen bildgebenden Verfahren, exemplarisch illustriert wurde. In diesen Bereichen klingen besonders prominent Aspekte eines durch leibliches Wissen getragenen, am ehesten dem Künstlerischen zuzuordnenden Handelns an.

Die Analyse des Handelns der erfahrenen Ärzte zeigt die hohe Bedeutung des dialogisch-interaktiven Austauschs über die Dauer des gesamten Diagnoseprozesses hinweg. Es bestätigt sich die hohe Relevanz der „Interaktionsfunktion“ im Rahmen des Arzt-Patient-Gesprächs, die gezielt in den Blick genommen wurde. So lässt sich die Anamnese, anders als es die neuerdings verstärkt zum Einsatz kommenden „Anamnesebögen“ suggerieren, nicht auf die An-eignung von systematischen Fragekatalogen, die zu bestimmten definierten Beschwerden passen, reduzieren. Angezeigt ist hingegen eine Erweiterung der Vorstellung der Anamnese als einer faktenbezogenen Kommunikation zwischen Arzt und Patient hin zu einer offenen „Begegnung“. Fortgesetzt und ergänzt wird dieser Austauschprozess im Rahmen von sich über dialogisch-interaktive Prozesse vollziehender „Körperarbeit“, wie die Analyse der körperlichen Untersuchung zeigt, sowie durch wiederholte Rückkopplungsprozesse mit dem Patienten bis zur Diagnosefindung. Hier zeigen sich erneut bedeutsame Differenzen im Handlungsstil der jungen und der erfahrenen Ärzte. So weckt die Aussage der Ärztin im Praktischen Jahr *„ich arbeite am lebenden Menschen“* zunächst die Erwartung auf dialogisch-interaktiven Austausch, die Analyse ihres wie allgemein des Vorgehens der jüngeren Ärzte bringt jedoch klar eine planmässig-objektivierende Handlungsstrategie, in der die Arbeit am menschlichen Körper sogar mit der Reparatur einer Maschine verglichen wird, zum Vorschein. Wo dem erfahrenen Arzt der Dialog mit dem menschlichen Gegenüber als Erkenntnischance dient, beantwortet der Novize die Frage nach der Rolle desselben auf ethisch-normative Prinzipien beschränkt. Tatsächlich können nur die erfahrenen Ärzte mit dem Austauschgedanken als Erkenntnisprinzip etwas anfangen, während die weniger praxiserfahrenen Gesprächspartner professionelle Aspekte des Arzt-Patient-Verhältnisses wie Dankbarkeit, Vertrauensbildung u. ä. des Patienten assoziieren und damit Aspekte jenseits der „Bearbeitungsebene“ ansprechen, auf welcher die Kooperation des erfahrenen Arztes mit dem Patienten typischerweise erfolgt.

Angesprochen sei hiermit die Bedeutung des Kooperationsverhältnisses von Arzt und Patient im Sinne eines tragfähigen Arbeitsbündnisses im Rahmen des Diagnoseprozesses (*„Begegnungen, wo alles wunderbar ist und man gut zusammenarbeitet“*) sowie als Grundlage einer erfolgreichen Therapiegestaltung. Als entscheidendes Erfolgskriterium in der dauerhaften „Begleitung“ des Patienten, wie sie insbesondere im Bereich der hausärztlichen Versorgung als Ideal erscheint, zeigt sich auch hier die Fähigkeit des Arztes zur dialogisch-interaktiven Kooperation im Sinne eines an den individuellen Besonderheiten des Patienten orientierten Handelns.

Deutlich wird weiterhin die insgesamt geringe Standardisierbarkeit bzw. nach formalen Kriterien Gestaltbarkeit der Abläufe in allen Handlungsbereichen. Analog zum ausführlicher analysierten Handlungsfeld „Diagnose“ stellt sich in der empirischen Betrachtung auch das the-

therapeutische Handeln des erfahrenen Arztes als ein sich kaum im Rahmen formaler Regeln vollziehendes Handeln dar. Dies ist umso beachtlicher, als dass gerade das Feld der Therapie von Maßnahmen der Formalisierung und Standardisierung in Form von Leitlinien wohl am meisten tangiert ist. Leitlinien werden auch von den erfahrenen Ärzten – nicht zuletzt aufgrund ihrer haftungsrechtlichen Konsequenzen - respektiert, jedoch mit einer kritischen Distanz behandelt. An verschiedenen Punkten deuten sich Konflikte sowohl mit originär „ärztlichen“ Handlungslogiken im Sinne eines empfundenen Konflikts mit der Prämisse der individuellen Fallorientierung als auch in Bezug auf das ärztliche Ethos an.

Sinnliche Wahrnehmung

Auch hinsichtlich der Qualität und Relevanz des Einsatzes von Sinnen zeigen sich deutliche Differenzen zwischen jungen und den älteren, erfahrenen Ärzten. Bereits die Zugänglichkeit zum Thema ‚sinnliche Wahrnehmung‘ verweist auf eine höchst unterschiedliche Auslegung und Relevanzzuschreibung der Erkenntnisvorgänge auf dieser Ebene. Während die jungen Ärzte typischerweise im Rahmen eines messenden und registrierenden Zugangs ihren Fokus auf klar benennbare und quantifizierbare Eigenschaften und Symptome des Patienten richten, den Themenkomplex entsprechend reduzieren, gestaltet sich sinnliche Wahrnehmung im Rahmen des Expertenhandelns als komplexes und holistisches „Erfassen“ des Patienten „in seiner Ganzheit“.

Deutlich wird eine spezifische Formung des Gebrauchs der Sinne im Rahmen des erfahrungsgelitet-subjektivierenden Handelns. Hierbei geht die Wahrnehmung des erfahrenen Arztes weit über ein konventionelles Verständnis des Sehens als präzises, objektives „Registrieren“ hinaus und tritt vielmehr als Summe verschiedener optischer und anderer sinnlicher Eindrücke, die sich schließlich zum „Eindruck“ des Experten verdichten, auf. Als ausschlaggebend ist die Fähigkeit der Wahrnehmung, Selektion und Interpretation „unscharfer“, „weicher“, aber umso bedeutsamerer Informationen zu betrachten. So kann die Eruierung von nicht eindeutigen und teilweise nicht sofort als solche kenntlichen Informationen (wie dem „Schmerzcharakter“, der „Leidensmiene“ des Patienten, der „diffusen“ Symptomatik) sowie deren Dechiffrierung als Phänomen sinnlicher und auch „spürender“, partizipierender Wahrnehmung differenzierter aufgeschlüsselt werden.

Nahezu unverstellt wird der Vorgang komplexer sinnlicher Wahrnehmung in der Blickdiagnose als alle Sinne fordernder Vorgang sichtbar. Im Zusammenwirken von sinnlichem Empfinden und einem zumeist starken, vielfach als ‚Intuition‘ etikettierten Gefühlszustand wirkt hierbei eine als „Intelligenz der Sinne“ zu beschreibende subjektive Strukturierungsleistung

des Experten. Hinter der lapidar anklingenden Beschreibung des eigenen Tuns als „*den Patienten anschauen*“ enthüllt die handlungstheoretische Analyse eine professionelle Befähigung des „Ärztlichen Blicks“, der als „entgrenzter“, weit über das visuell Wahrnehmbare hinausgehender Blick evident wird.

Die leiblich-sinnliche Fundierung des Diagnoseprozesses im Rahmen der körperlichen Untersuchung enthüllt eine weitere Facette der ärztlichen Kunst. Auch im Rahmen der körperlichen Untersuchung repliziert sich die unterschiedliche Auffassung von sinnlicher Wahrnehmung als einerseits bloßem physischem Kontakt bzw., auf Seiten der erfahrenen Ärzte, als „leibliche Erfahrung“. Im Zuge eines als instrumentell zu beschreibenden Zugriffs auf die Sinne werden diese von den jungen Ärzten vorwiegend als funktional erforderlich zur Ausführung der körperlichen Untersuchung thematisiert, während sie der Experte als wichtiges Erkenntnismedium hinsichtlich unspezifischer und nicht eindeutig definier- und messbarer, qualitativer Informationen (z. B. bezüglich der Leberkonsistenz) zu nutzen versteht. So bringt die körperliche Untersuchung (zusätzlich zu ihrer vertrauensgenerierenden Funktion) die Qualität eines auch körperlichen Interaktionsprozesses in die Arzt-Patient-Begegnung ein. Diese anhand der Betrachtung der Untersuchungspraxis des erfahrenen Arztes offenkundig werdenden Potentiale werden von den jungen Ärzten noch kaum genutzt, während sie hingegen für die erfahrenen Ärzte eine wichtige Erkenntnisquelle bedeuten.

Eine in besonders greifbarer Weise aktive Sinnestätigkeit wird bei der Techniknutzung deutlich, die verschiedene Sinne und auch die eigene Motorik parallel beansprucht und in eine oftmals besonders intensive unmittelbar sinnlich-körperliche Erfahrung mündet. Durch die empirische Betrachtung der anspruchsvollen medizintechnischen Untersuchungsmethode der Duplexsonographie kann auch die Techniknutzung als Anschauungsbeispiel der ärztlichen Kunst (in der „High-Tech-Medizin“) dienen. In dieser Tätigkeit vereinigen sich zahlreiche Elemente, die nicht den Vorstellungen planmäßig-objektivierenden Handelns entsprechen, so z. B. das sinnesgeleitete „*Suchen nach der Krankheit*“ und das blitzartig-assoziative Erkennen von relevanten Signalen.

Insgesamt offenbaren die Schilderungen der Experten die sinnliche Auseinandersetzung mit dem „Erkenntnisgegenstand Patient“ als ein aktives „Erfahrung-Machen“, das zur Bildung und Inkorporation eines zunehmend feiner granulierten personengebundenen Erfahrungswissens führt und welches als Basis des erfolgreichen Diagnoseprozesses wie auch der Therapiegestaltung evident wird. Zu betonen ist die hohe Anforderung an subjektive Faktoren des Handelnden im Rahmen der vielfach mühelos erscheinenden Erkenntnisvorgänge. Als Voraussetzung des berühmten ‚Ärztlichen Blicks‘ ist z. B. eine subtile Verfeinerung des Wahr-

nehmungsmodus festzuhalten, die ein Interviewpartner als *“ich schaue mittlerweile genauer hin“* reflektiert.

Wissen und Denken

Als wesentliche Differenzierungsmerkmale zwischen den beiden Gruppen auf der Analyseebene ‚Wissen und Denken‘ sind auf der Seite der jüngeren Ärzte die Orientierung an formal-theoretischen Konzepten und „harten Fakten“ gegenüber einer spezifischen, situativ angepassten Kombination formal-logischen Denkens und erfahrungs- und gefühlbasierter Prozesse mit einem hohen Stellenwert „weicher“ Informationen seitens der erfahrenen Ärzte zu nennen. Entsprechend erfolgt die Diagnosesuche des ärztlichen Novizen vorwiegend im Rahmen eines rational-diskursiven Analyseprozesses bzw. wird die Situation tendenziell auf ein logisch-rationales Problemverstehen verkürzt - was als Ursache für das (häufige) Scheitern in unvollständig definierten Situationen benannt werden kann. Als aufschlussreich erweist sich diesbezüglich die genauere Analyse der zentralen Schlüsselkategorie des ‚Eindrucks‘ sowie dessen Herstellung und Verarbeitung im Rahmen subjektivierenden und objektivierenden Handelns. In der vertiefenden Untersuchung kann der ‚Eindruck‘ (sowie ähnliche subjektive Repräsentationsformen) des erfahrenen Arztes im Sinne einer moderierenden Instanz als eine Art „Filter“ veranschaulicht werden, der als gefühlbasiertes Wissen oder gefühlsgelitetes Ahnen wirksam wird. Als ausschlaggebend vor allem in uneindeutigen Situationen erweist sich vielfach die subjektive, gefühlsgelitete ‚Einschätzung‘. Dem Experten gelingt es auf diese Weise, vor dem Hintergrund seines theoretischen Wissens die im Rahmen einer kognitiven Sinnesleistung generierten Informationen zu sondieren und in vielen Fällen gefühlsmäßig, im Sinne eines „Gespürs“, zu beurteilen. Sinnlich Wahrgenommenes, sei es auch noch so diffus, kann so in handlungsrelevante Information übersetzt werden.

Die Handlungsanforderung der Diagnosestellung wird häufig durch den Rekurs auf vergangene, „erfahrene“ Situationen gelöst, indem der geübte Arzt durch den Abgleich zwischen bereits erworbenen und neuen Erfahrungen differenzierte, individuell patientenbezogene Einschätzungen vornimmt. So liegen z. B. den Fallschilderungen der „typischen Fälle“ offenbar verinnerlichte (Erfahrungs-) Muster, oftmals in Form von Bildern, zugrunde, die durch die Begegnung mit einem „ähnlichen“ Patienten oder Fall aktualisiert werden. Zum vielzitierten ärztlichen Blick, jenseits der spektakulären Blickdiagnose, ist so auch das erfahrungsbasierte „Lesen in Daten“ (*„Aha, die hat ja ganz komische Leberwerte.“*) zu zählen, das dem erfahrenen Arzt präzise Rückschlüsse ermöglicht (*„Wissen Sie, das hat man irgendwann drauf. Das ist Routine.“*). Auf dieser Basis ist der ärztliche Experte in der Lage, eine sinnvolle Restruktu-

rierung von unvollständigen Informationen, z. B. im Fall von unpräzisen oder irreführenden Symptombeschreibungen des Patienten, vorzunehmen, und mithilfe seiner Befähigung zu analogem Denken erfahrungsbasiert einzuordnen. Vielfach als imaginatives und assoziatives Denken zeigt sich die Leistung des erfahrenen Arztes, aus nur wenigen und disparaten Informationen oder markanten äußerlichen Symptomen komplexe Zusammenhänge herzustellen.

Als eine Facette des „Ärztlichen Blicks“ kommt in der Blickdiagnose das scheinbare Fehlen jeglichen kognitiven Vorgangs auf eine sehr plakative Weise zum Tragen, das in der handlungstheoretischen Analyse durch das Wirken bildhaft-assoziativer Prozesse erklärt werden kann. Das spontane „Wiedererkennen“ verinnerlichter bildlicher Konstellationen, so eines Krankheitsbilds, erfolgt als fallbezogene Aktualisierung relevanten „impliziten“ Wissens, oder, wie anhand der „Wahrnehmung und dem Erkennen charakteristischer Gerüche aufgezeigt („*Da gehen Sie ins Zimmer und da wissen Sie was los ist.*“.) „inkorporierten Wissens“. Wie die mehrdimensionale handlungstheoretische Analyse aufzuzeigen in der Lage ist, ist diese assoziative Verknüpfungsleistung, die als zentrales Element der ärztlichen Kunst häufig mit dem Begriff ‚Intuition‘ assoziiert, wird, mit typischen Formen der Vorgehensweise und der sinnlichen Wahrnehmung verbunden. Transparent gemacht werden kann hierdurch das traditionell für das ärztliche Wissen prominente Konzept der Intuition als äußerst voraussetzungsvolle spezifische physisch-emotionale Verfasstheit des versierten Könners.

Mit der körperlichen Untersuchung als leiblich-sinnlicher Fundierung des im Zuge der Anamnese gewonnenen Eindrucks tritt ein als „leibliches Wissen“ oder „Körperwissen“ zu bezeichnendes Wissen in den Erkenntnisprozess ein, das für den ärztlichen Experten eine wichtige Erkenntnisquelle darstellt. Die anspruchsvolle Untersuchungstechnik der Duplexsonographie kann zudem als herausragender Ort komplexer Sinneswahrnehmung und einem räumlich-bildlichen Denken akzentuiert werden. So wird das bei der Techniknutzung erforderliche Wissen als Ergebnis „gemachter“ Erfahrung deutlich („*Wenn man sich drauf eingesehen hat kann man in diesem Bild wirklich lesen und kann damit sehr gute diagnostische Dinge machen*“). Exemplarisch kann anhand der körperlichen wie auch der technikgestützten Untersuchung der ärztliche Reflexionsprozess als „mitlaufendes Denken“ in die physische Begegnung mit dem Patienten unmittelbar eingebettet aufgezeigt werden. Dies geschieht im Rahmen der parallelen Verarbeitung verschiedenartiger Informationen, die im Zuge der verbalen und körperlichen Interaktion generiert werden.

Deutlich wird im Analyseteil des fortgeschrittenen Diagnoseprozesses vor allem die Anforderung des fluiden Zusammenspiels expliziten und impliziten Wissens, wobei sich der Experte durch eine Souveränität im Umgang mit Theoriewissen und objektiven Daten auszeichnet, die

er in einen komplexen von heterogenen Informationen getragenen Erkenntnisvorgang einbindet. Die „*Einschätzung*“ des erfahrenen Arztes steht hierbei für die professionelle Fähigkeit der ärztlichen Urteilskraft, die als Zusammenspiel objektivierender und subjektivierender Erkenntnismöglichkeiten aufgezeigt werden kann.

In Bezug auf Wesen und Beschaffenheit der ärztlichen Expertise kann die vorliegende Untersuchung ergänzende Erkenntnisse zur kognitiven Expertiseforschung beisteuern. Bestätigt und handlungstheoretisch präzisiert werden kann insgesamt, dass die Denkprozesse erfahrener Ärzte im Rahmen der Erstbegegnung mit dem Patienten keineswegs ausschließlich im Spektrum des Logisch-Diskursiven zu bestimmen sind bzw. sich in verstandesmäßiger Reflexion bzw. rein kognitiven Vorgängen erschöpfen, sondern vielmehr kognitiv-rationale und sinnlich-emotionale Abläufe integrieren. Eine Trennung in „gültige“ und „ungültige“ Wissensformen ist beim erfahrenen Arzt - im Unterschied zu den „Subjektivität“ grundsätzlich unsicher bis ablehnend gegenüberstehenden jungen Ärzten - nicht anzutreffen. So wird Intuition als Erkenntnismedium insbesondere im Verbund mit Erfahrung, die fast immer assoziiert wird, als nicht nur unproblematisch, sondern auch als Merkmal des guten Arztes deutlich. Im Sinne einer ‚ärztlichen Kunst‘ gelingt dem Experten in der Integration der scheinbaren Gegensatzpaare „Technik und Gefühl“, „Laborwerte und Eindrücke“, „Objektives und Subjektives“, „Wissenschaft und Erfahrung“, letztlich von exakt Benennbarem gegenüber Diffusem und Vagem das fluide Ineinandergreifen dieser verschiedenen Wissensformen.

Beziehungsgestaltung

Zu bestätigen ist zunächst die in der Studie Schachtners für den subjektivierenden Handlungstypus konstatierte Zentralstellung der Beziehungsebene für die Beziehungsgestaltung der erfahrenen Ärzte. Auch auf dieser Analyseebene sind erhebliche Differenzen im Handlungsstil der beiden Gruppen zu erkennen: So kann das Distanzierungsbedürfnis des unerfahrenen Arztes, häufig maskiert als Konzeption des Arztes als professionell-distanziertem Denker, dem emotional teilnehmenden, in seiner Rolle „gereiften“ Arzt gegenübergestellt werden. Während der Umgang der jungen Ärzte mit dem Patienten tendenziell als Objektbeziehung beschreibbar ist, zeichnet sich die Bezugnahme des erfahrenen Arztes durch eine Zentralstellung des Subjekts Patient aus, an dem sich das Arbeitshandeln mit dem Ziel des Aufbaus einer „Kooperationsbeziehung“ orientiert. Die Dispositionen Nähe, Zugewandtheit Verbundenheit, Teilhabe und Empathie („*Fingerspitzengefühl*“, „*vorsichtig leiten*“) können über den gesamten Arzt-Patient-Kontakt hinweg als Voraussetzung bzw. wesentliche Medien der Erkenntnis bestimmt werden. Auch Techniknutzung (als „*Verlängerung der eigenen Untersuchungsmöglichkeiten*“) die theoretisch auch zur Distanzierung vom Patienten geeignet sein kann, fügt

sich im Rahmen eines subjektivierenden Handlungsstils, ebenso wie die körperliche Untersuchung, in das übergeordnete Handlungsziels des Aufbaus von Nähe zum Patienten. Das Prinzip des „Hinhörens“ als subjektivierender Zugang wird nicht durch das Hinzutreten von Technik obsolet, sondern vielmehr durch eine Erweiterung der „alten“ Erkenntnismöglichkeiten ergänzt: Hierbei zeigt sich, dass die Arzt-Patient-Dyade sich unter Einbezug von Technik durchaus in eine Arzt- Patient-Technik-Triade erweitern kann, ohne dass sich zwangsläufig die Prinzipien der Erkenntnisgewinnung zu Ungunsten einer sinnes- und erfahrungsgeliteten Medizin bzw. eines Objektbezugs zum Patienten verändern müssen. Auch ist im Rahmen der Techniknutzung eine besondere Form der sympathetischen Verbundenheit des Arztes mit dem Arbeitsgerät als Voraussetzung der erfolgreichen Techniknutzung erkennbar, die außerhalb eines instrumentellen Bezugs zu verorten ist.

Als entscheidende Variable einer besonderen Differenzierungsfähigkeit, die ebenfalls im Spektrum der ‚ärztlichen Kunst‘ zu verorten ist, konkretisiert sich zudem z. B. im Rahmen der Blickdiagnose als Paradedisziplin der ärztlichen Kunst eine spezifische psychisch-emotionale Motivationshaltung der „*geschärften Sinne*“ und der auf den Moment bezogenen Konzentration des „*sich-Einlassens*“, des „*präsent-seins*“, die in der Begegnung mit dem Patienten in vielen Fällen unverzichtbar erscheint und die nicht selten als ‚Intuition‘ etikettiert wird.

Eine hilfreiche Differenzierung der verschiedenen Facetten der Begegnung zwischen Arzt und Patient kann zudem im Anschluss an die Konzeption von verschiedenen Bezugsebenen, der „*personalen Ebene*“ und der „*Bearbeitungsebene*“ getroffen werden (siehe dazu Kapitel B 4.3.2.). Auch der erfahrene Arzt ist von den Rollenerwartungen des Patienten, wie „*Freundlichkeit*“, „*Höflichkeit*“ nicht ausgenommen, auch er ist bestrebt, das für die Arzt-Patient-Beziehung elementare „*Vertrauensverhältnis*“ zu etablieren. Auffällig ist jedoch, dass die Experten diese Aspekte der ärztlichen Rollenausübung nicht zu ihrem eigentlichen Arbeitshandeln zu zählen scheinen. Ihre Vorstellung der ärztlichen Tätigkeit beginnt mit dem Übergang zur „*Bearbeitungsebene*“, die im Rahmen der Begegnung vollzogen wird, sobald der Arzt sich (seine Erfahrung, seine Fähigkeit zu sinnlichen Wahrnehmung) in das vom Patienten dargebotene Problem involviert. Die Analyse des Ablaufs der Anamnese durch den Übergang von der personalen auf die Bearbeitungsebene, sobald relevante Informationen auftauchen, veranschaulicht diesen Ebenwechsel auf besonders greifbare Weise Auf dieser „*Bearbeitungsebene*“ erfolgt z. B. die Verschmelzung der durch Gespräch und sinnliche Wahrnehmung generierten Informationen zum ‚*Eindruck*‘, dessen Herstellung als eine Leistung der ärztlichen Kunst evident wird.

3.7.2 Die ‚Ärztliche Kunst‘ und der ‚Gute Arzt‘ in der Reflexion des Samples

Abschließend soll den subjektiven Perspektiven der Interviewpartner mit dem Ziel der zusätzlichen empirischen Verifizierung bezüglich des Wesens einer ärztlichen Kunst als subjektivierendes Arbeitshandeln Raum gegeben werden. Deutlich wird hierdurch, dass auch von den befragten Ärzten der ‚gute Arzt‘ über subjektivierende Handlungsformen bestimmt wird, bzw. die ‚ärztliche Kunst‘ in Phänomenen, die handlungstheoretisch als subjektivierendes Handeln aufgezeigt wurden, verortet wird.

Um möglichst generalisierbare Erkenntnisse gewinnen zu können, wurde das Spektrum der im Arztberuf grundsätzlich angelegten Möglichkeiten, Potentiale und Erkenntnischancen, das in der Aussage eines Experten (*„Ich habe mir gedacht, in der Medizin sind erstmal riesige Entfaltungsmöglichkeiten von der Psyche bis zum Handwerk“*) angelegt ist, durch das der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegenden Sample mit Chirurgin, Internisten und Psychiaterin personell abgedeckt. Durch die Spezialisierung der Profession sind diese Aspekte ärztlichen Handelns in der heutigen ärztlichen Tätigkeit kaum mehr zu gleichen Teilen enthalten. Einen Versuch der Konservierung dieses „Urbilds“ des Arztes, stellt der ganzheitliche Ansatz dar, der bei den erfahrenen Internisten, von denen sich der Hausarzt als „Generalist“, ein Klinikarzt als Vertreter eines ganzheitlichen Ansatzes charakterisiert, als Ideal zu erkennen ist. Zwei arbeitsinhaltlich entgegengesetzte Pole können mit den Vertreterinnen der Chirurgie und der Psychiatrie bestimmt werden. Während sich die angehende Chirurgin vor allem über manuelle Tätigkeitselemente und *„kreatives Arbeiten“* sowie ein *„akkurates Wissen der Anatomie“* definiert, betont die zukünftige Psychiaterin ihren Schwerpunkt als *„Kontakt“*, *„Zuhören“* und *„auf Empfang geschaltet sein“*. So erscheint der Bezug zum Patienten von der fachlichen Ausrichtung mitbestimmt: *„Ein Anästhesist, der nur dafür zuständig ist, Narkosen zu machen, der muss auch nicht stundenlang reden, aber so ein Allgemeinarzt, ein Internist oder halt Psychiater, die müssen schon gucken, was ist das für ein Mensch vor mir.“* Als wesentliches Distinktionskriterium erscheint der Grad des Kontakts mit dem *„lebendigen Menschen“*: *„Sie können ja auch Pathologe werden, da haben Sie nie wieder mit einem lebendigen Menschen zu tun, oder Laborarzt, haben Sie nur noch mit Blut zu tun, Sie sehen nie jemanden, Sie müssen seinen Mundgeruch nie riechen“*.

Zunächst beziehen sich Äußerungen der Interviewpartner zur ‚Ärztlichen Kunst‘ auf im engeren Sinne „fachliche“ Kompetenzen. Aus der Literatur bekannt ist, dass die Diagnose in der

Selbstkonstruktion des Arztes eine exponierte Position einnimmt²⁹⁸. Übereinstimmend wird konstatiert, dass das „*schnelle Erkennen*“ einer Krankheit, möglichst ohne diagnostische Umwege, als Zeichen ärztlicher Könnerschaft zu betrachten ist („*Wie komme ich zielgerichtet ohne unnötige Umwege zur Ursache, das ist die eigentliche Kunst.*“). Im Rahmen der empirischen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wurde bereits eine differenzierte Betrachtung professionellen Wissens im Rahmen der Diagnosestellung geleistet, deren Befunde sich auch in den expliziten Bezugnahmen der Ärzte widerspiegeln. Formaltheoretisches Fachwissen wird hierbei vorausgesetzt, als „Kunst“ qualifizieren sich hingegen nur bestimmte Erkenntnisprozesse, die darüber hinaus eine als „subjektivierend“ zu beschreibende Komponente aufweisen. Beispielgebend für diese vielfach in der empirischen Analyse aufgezeigten Phänomene sind das sinnesgeleitete und intuitive Erkennen als „*Aufspüren*“ einer schwierigen Diagnose („*Also das sind die ganz guten Ärzte die diesen Unterschied noch aufspüren*“), die erfahrungsbasierte und gefühlsgelitete „*Einschätzung*“ wie auch die Selektion der wesentlichen, vielfach verdeckten Informationen in der Arzt-Patient-Begegnung im Stil eines „*Signale auffangen*“.

Ein zweiter Fokus richtet sich auf die erforderlichen Eigenschaften des ‚guten Arztes‘, die als Bedingung zur Ausführung eines subjektivierenden Handelns deutlich werden, somit als Subjektqualitäten des Handlungssubjekts in den Blick geraten. Trotz der teilweise unterschiedlichen fachlichen Zugehörigkeit und unterschiedlichen individuellen Orientierungen (z. B. als „Wissenschaftler“ oder „Kliniker“) konnten im Rahmen des Samples zahlreiche Übereinstimmungen hinsichtlich der Merkmale und Fähigkeiten des ‚guten Arztes‘ festgestellt werden. So führt der „Katalog des guten Arztes“ „weiche“ Kompetenzen und Persönlichkeitsmerkmale in seinem Ranking ganz oben²⁹⁹. Von Interviewpartnern selbst werden empathische und emotionale Kompetenzen in der Tendenz mindestens ebenso hoch bewertet wie ein großer Umfang an theoretischem Fachwissen, gelten sie sogar als elementare Voraussetzung zur erfolgreichen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit („*Viel wissen im Lehrbuch, wenn du nicht mit Leuten umgehen kannst, bringt dir auch nicht viel.*“). So fallen die Fähigkeiten und

²⁹⁸ Auch Schachtner reflektiert über „Stolz“ und die „Lust an der Erkenntnis“ (Schachtner 1999, S. 134) verbindet sie im Anschluss an den Medizinhistoriker Shorter mit dem Paradigma der postmodernen Medizin, für welche das Selbstverständnis des Arztes als Diagnostiker, aufbauend auf naturwissenschaftlichen Methoden der Erkenntnis, fundamental ist. Anschütz hebt einerseits den handlungsleitenden Charakter der Diagnose hervor, zum anderen die Reproduktion ärztlicher Kompetenz durch sie (vgl. Anschütz 1987, S. 2). In beiden Überlegungen wird ärztliches Wissen primär als wissenschaftliches Wissen aufgefasst, das geeignet ist, als exklusives Wissen und Können die Rolle des Experten zu festigen, sich gegenüber Paraprofessionen und anderen Nicht-Wissenden abzugrenzen. Die Diagnose gerät auf diese Weise unmittelbar ins Zentrum der professionellen Selbstkonzeption.

²⁹⁹ Dieses Ergebnis erscheint verallgemeinerbar, wie eine Umfrage unter Medizinstudenten belegt (vgl. v. Troschke 2004, S. 39).

Merkmale des ‚guten Arztes‘ in das Spektrum von oftmals als „Soft Skills“ etikettierten (und damit tendenziell marginalisierten) Kompetenzen: „Zuhören können“, „nonverbale Kommunikation aufgreifen“, „zwischen den Zeilen lesen“, „beobachten können“, „Nähe ertragen“, „Krankheit ertragen“, „einfühlsam sein“, „mit Patienten umgehen können“, werden als wichtige Komponenten der Arbeit am und mit dem Menschen, ja sogar als unentbehrliche Voraussetzungen zur erfolgreichen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit genannt. Zu betonen ist, dass diese Eigenschaften und Fähigkeiten des Arztes nicht der sozialen Rahmenhandlung zugerechnet werden, sondern als Kernkompetenzen der ärztlichen Arbeit betrachtet werden. Empirisch veranschaulicht werden konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung, dass gerade auf Grundlage dieser persönlichen Qualitäten die Genese kaum objektivierbarer Informationen gelingt, die vielfach als Schlüssel professioneller Problembewältigung zu betrachten ist.

Teil D: Ärztliche Kunst und aktuelle Problemfelder

Auf Grundlage der empirischen Analyse konnten zahlreiche Belege für die ärztliche Praxis als nicht-objektivierbares Handeln angeführt werden. Zusätzlich zu den ohnehin als Domänen interaktiv-kommunikativer Arbeit zu betrachtenden menschnahen Tätigkeitsanteilen ärztlichen Handelns wie dem persönlichen Arzt-Patient-Gespräch konnten des Weiteren auch die Handlungsfelder der körperlichen Untersuchung, der Techniknutzung, der Befundung bildgebender Verfahren und „objektiver Daten“ sowie der Therapiegestaltung als Anforderungsbereiche aufgezeigt werden, in denen subjektivierende Handlungsweisen als tragende Elemente der ärztlichen Arbeit zu betrachten sind.

Eine zusätzliche Ausdifferenzierung dieses Befundes wurde anhand des kontrastierenden Vergleichs der Handlungsweisen der sich in unterschiedlichen Stadien der professionellen Entwicklung befindlichen Interviewpartner geleistet, durch welchen der sich mit zunehmender Praxis vollziehende Fähigkeitserwerb zu einem in vielen Fällen erforderlichen subjektivierendem Handeln in verschiedenen Handlungskontexten sichtbar gemacht werden konnte. Verwiesen werden kann hiermit auf die subjektivierende Handlungspraxis nicht als individuell beliebiges Handeln, sondern vielmehr als voraussetzungsvolles Fähigkeitsensemble, das ein situationsadäquates Handeln ermöglicht. Zudem konnten mit der vorliegenden Studie erstmals empirische Belege für Differenzen in der Handlungsweise von erfahrenen Praktikern und Berufsanfängern im Rahmen des Konzepts des subjektivierenden Handelns erbracht werden.

Bislang fehlte eine systematische Aufbereitung der nicht-objektivierbaren Elemente der ärztlichen Praxis, als deren zentrale Bestandteile sie derzeit nur ungenügende Anerkennung finden, oftmals unterschätzt oder sogar ignoriert werden. Dieser Umstand bedeutet eine systematische Ausblendung wesentlicher Teilbereiche ärztlicher Professionalität. Auf die hohe Relevanz dieser „anderen Seite“ ärztlichen Handelns verwiesen bereits die dargestellten empirischen Arbeiten, deren Befunde im Rahmen der vorliegenden Arbeit an verschiedenen Stellen bestätigt und vertieft werden konnten. Vor allem konnten jedoch unter Bezugnahme auf das Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns die vielfach „verdeckten“, jedoch umso bedeutsameren Aspekte ärztlichen Handelns handlungstheoretisch erfasst und als Elemente des professionellen ärztlichen Handlungsstils verortet werden. Hiermit kann ein Beitrag zu einer angemessenen Beschreibung ärztlichen Handelns durch einen erweiterten Arbeitsbegriff geleistet werden.

Die handlungstheoretische Fundierung der ärztlichen Praxis als vielfach subjektivierendes Handeln bestätigt damit des Weiteren die (Ausgangs-) These, dass die originär ärztliche Handlungslogik nur begrenzt mit den (objektivierenden) Dynamiken der Verwissenschaftlichung, Technisierung und Ökonomisierung, bzw. einer Formalisierung ärztlichen Handelns kompatibel ist. Bereits durch die Aufarbeitung der im Kontext der „Problemfelder“ vorhandenen Forschungsarbeiten (Kapitel A) erschloss sich das Bild eines vielschichtigen Spannungsfelds, in welchem das ärztliche Handeln angesiedelt ist. Die bislang fehlende handlungstheoretische Fundierung ließ jedoch nur jeweils punktuelle Problembeschreibungen zu. So wird von den wenigsten Autoren eine sich auf bestimmte Aspekte des ärztlichen Handelns beziehende Kritik (z. B. einer „Entmenschlichung“ oder „Dehumanisierung“ der Medizin, des Arztes als „Gesundheitstechniker“ oder der sich als Konsequenz der Ökonomisierung der Medizin etablierenden „Dienstleistermentalität“) konsequent in den Zusammenhang mit Entwicklungen auf anderen Ebenen des ärztlichen Handelns gestellt. Dieses Versäumnis versucht die vorliegende Arbeit auszugleichen.

Durch die handlungstheoretische Anbindung kann eine kritische Analyse ärztlichen Handelns einen entscheidenden Schritt weitergebracht werden. Ausgehend von der Analyse der ärztlichen Tätigkeit ist somit eine Kritik der makrostrukturellen Entwicklungstendenzen ableitbar, die die bekannten, im Rahmen der Darstellung der Kontextbedingungen ärztlichen Handelns aufgegriffenen Betrachtungen durch ihren direkten Bezug zur ärztlichen Tätigkeit erweitert. Hierbei zeigt sich beim Zusammenwirken der drei Makrotendenzen, dass die langfristig wirksamen Entwicklungen der Verwissenschaftlichung und Technisierung die Grundlage für eine Betrachtung der ärztlichen Tätigkeit als objektivierendes, demnach formalisierbares und standardisierbares Handeln liefern und mit der ökonomisch motivierten Umstrukturierung des ärztlichen Handlungsfelds nun Strukturen überhand nehmen, die eine faktische Gestaltung ärztlichen Handelns in diesem Sinne fordern. So ist z. B. die viel beklagte Entmenschlichung der Medizin keine beliebige oder durch die oberflächliche Ergänzung von interaktiven Elementen revidierbare Erscheinung, sondern das Resultat einer Dominanz von objektivierenden Strukturen, die die ärztliche Tätigkeit in ihrem Kern zunehmend überfrachten.

Im Schlusskapitel werden nun die eingangs dargestellten Makrotendenzen als Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns bzw. die These einer hierdurch induzierten Verdrängung der ärztlichen Kunst mit den empirischen Befunden der vorliegenden Untersuchung konfrontiert, hierbei bislang unterschwellig Angesprochenes resümiert. Inwiefern die beschriebenen Makrodynamiken der Verwissenschaftlichung, Technisierung und Ökonomisierung im Sinne ihres gemeinsamen Effekts der Formalisierung ärztlichen Handelns bereits umfassend wirksam werden, ist im Anschluss an die vorliegende Untersuchung nicht vollständig zu beantworten.

Zur Klärung dieser vielschichtigen und von einer Vielzahl von Dynamiken beeinflussten Entwicklung würde ein wesentlich breiterer Forschungsansatz notwendig sein. Im Anschluss an die empirischen Befunde der vorliegenden Arbeit können jedoch diesbezügliche Problemfelder benannt und anekdotische Evidenzen eingeflochten werden.

In dieser Perspektive sollen abschließend nochmals wesentliche Konfliktfelder zwischen der aufgezeigten Praxis ärztlichen Handelns und den Entwicklungstendenzen im Gesundheitssystem benannt werden. Vor allem im Zusammenhang mit den jüngeren Entwicklungen innerhalb des ärztlichen Handlungsfelds können offenkundige Hinweise auf Konflikte zwischen den als direkte Folge oder Effekte der Makrotendenzen einzuordnenden Phänomenen und dem ärztlichen Handeln angeführt werden. Erkennbar wird hierbei zudem das komplexe Zusammenwirken der Makrodynamiken im Sinne einer gemeinsamen Herstellung von Handlungszusammenhängen, die einseitig den Handlungsmodus des objektivierenden Handelns begünstigen, so vor allem durch die Tendenz zur Standardisierung und den mit ihr einhergehenden Zwang zur Formalisierung des ärztlichen Handlungsfelds bzw. der Verengung von subjektiven Handlungsspielräumen. Fokussiert wird neben den vielfältigen Beeinträchtigungen ärztlichen Handelns auch der kompensatorische Umgang der erfahrenen Interviewpartner mit diesen Situationen. So wird vielfach in Situationen, die als formalisierbar behandelt werden, der stetige Rekurs auf Handlungsweisen, die der ärztlichen Kunst zuzurechnen sind, deutlich.

Abschließend ist die für die Untersuchung leitende Fragestellung aufzugreifen, ob die ‚ärztliche Kunst‘ unter den Vorzeichen der makrostrukturellen Entwicklungen als Konzept ausgegliedert hat, oder ob sie im Gegenteil möglicherweise als umso unverzichtbarer zu betrachten ist.

1 Problemfelder: Diskrepanzen zwischen ärztlicher Praxis und Entwicklungen im Gesundheitssystem

1.1 Probleme infolge der Verwissenschaftlichung ärztlichen Handelns

Wie in Kapitel A 1. dargestellt, ist die Verwissenschaftlichung der Medizin hinsichtlich der Verabsolutierung des naturwissenschaftlich determinierten Erkenntnisprinzips und der ihr zugeschriebenen Distanzierung und Objektivierung des Patienten als zweiseitiges Schwert zu betrachten. So wird auch unter den erfahrenen Ärzten eine kritische Distanz zur

Konzeption der Medizin als Wissenschaft, die zumindest implizit mitschwingt, teilweise offen expliziert wird („*Die Medizin ist viel weniger wissenschaftlich fundiert, als wir meinen.*“), deutlich. Ein Konflikt ärztlichen Handelns mit der Logik eines quantifizierenden, „wissenschaftlichen“ Zugangs entsteht durch die mit der Bewegung der evidenzbasierten Medizin angestrebten Standardisierungsprozesse von Diagnose und Therapie, die vergleichsweise prominent thematisiert wurden. Wenn auch keine aktuellen Befunde in Bezug auf die Fragestellung des tatsächlichen Überformungsgrads ärztlichen Handelns durch die evidenzbasierte Medizin vorliegen³⁰⁰, muss diese allein aufgrund ihres Konstruktionsprinzips als ein Pfeiler der Formalisierung des ärztlichen Handelns betrachtet werden. Kritische Bezüge auf Leitlinien und die evidenzbasierte Medizin (EbM) als „*Modebegriff*“ bzw. als „*diesen Begriff, der jetzt da gefördert wird, wir machen evidenzbasierte Medizin*“ wurden vor allem von den erfahrenen Ärzten vorgenommen. Obwohl auch positive Effekte der Etablierung von Standards als allgemein verbindliche Grundlagen im Sinne einer möglichen Qualitätsverbesserung gesehen werden, überwiegt unter ihnen eine skeptische Haltung gegenüber einer von verbindlichen Leitlinien dominierten Praxis. So wird unter anderem eine weitere Verengung des ärztlichen Handlungsspielraums befürchtet: „*Sie werden heute in der Regel nicht sanktioniert. Es überprüft in der Regel niemand, ob sie leitliniengerecht behandeln. So weit sind wir noch nicht, das ist aber Zukunftsmusik.*“

Zentral ist hierbei der Themenkomplex der Unterordnung des Erkenntnisgegenstands Mensch unter objektivierende Formen der Erkenntnisgewinnung, durch welche die Gefahr einer Schwächung des Primats der Einzelfallorientierung in der ärztlichen Praxis gesehen wird. So grenzen sich die erfahrenen Ärzte von der Vorstellung einer „objektiv besten“ Patientenbehandlung ab und rücken hierbei das Motiv der individuellen Patientenorientierung ins Zentrum des Konzepts der ärztlichen Kunst.

„Aber die eigentliche Kunst besteht ja nicht im Anwenden von Leitlinien, die schriftlich niedergelegt sind, wenn das und das vorliegt, dann tue ich das und das, sondern in dem individuell zugeschnittenen Programm für die betreffende Person.“

Im Rahmen dieser Argumentation wird „die eigentliche Kunst“ im Kontrast zu einem „*Entlanghangeln*“ an oder dem „*blinden Abarbeiten der Leitlinie*“ lokalisiert. In der empirischen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass erfahrene Ärzte häufig im Stil eines situativen, nicht-regelgeleiteten Handelns verfahren, hierbei die Berücksichtigung individueller Fak-

³⁰⁰ Die einzig bekannte wissenschaftliche Arbeit zu diesem Thema stammt aus dem Jahr 2001 (Siering et. al. 2001, siehe dazu Kapitel A 1.).

toren an oberster Stelle steht. So wird der Umgang mit den Vorgaben der Leitlinien auch als „*freischaffende Kunst grob um die Leitlinien herum*“³⁰¹ bezeichnet.

Vielfach ermöglicht erst der Rekurs auf dem Bereich des Erfahrungswissens zuzurechnende Wissensbestände den sinnvollen Umgang mit standardisierenden Prozeduren. In einer von stets neuesten Studien überfrachteten Praxis erweist sich die abwägende Expertise des erfahrenen Kliniklers als unverzichtbare Ressource. Unsicherheiten in Bezug auf die Validität des in Leitlinien formulierten Wissens werden durch „*ganz offene Ohren und Augen*“ im Sinne der Beschaffung zusätzlicher Informationen, bzw. durch Relativierung auf Basis des eigenen Erfahrungswissens bewältigt³⁰²: Explizit vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Interessen der pharmazeutischen Industrie reklamiert der erfahrene Arzt für sich die kritische Beurteilung der den Leitlinien zugrunde liegenden Studien sowie ihrer tatsächlichen Brauchbarkeit für die ärztliche Praxis. „*Wenn drunter steht bei einer Arbeit, vielen Dank der Firma XY und dann steht das Medikament Z ist das Tollste, dann lese ich die Arbeit gar nicht oder lese sie mit einer bestimmten Brille*“³⁰³. Unterstützenswert erscheinen vor dem Hintergrund der Eindrücke aus der Empirie Gestaltungsansätze, die der internen „Eminenz“, dem personengebundenen Erfahrungswissen des Arztes im Zusammenhang mit Leitlinien einen hohen Stellenwert einräumen (vgl. dazu Behrens 2003, Hoppe 2005).

Im Zusammenhang mit der Formalisierung von ärztlichen Entscheidungen wird auch der Gedanke eines ethischen Handelns, im Sinne einer „verantwortungsvollen Entscheidung“ aktualisiert:

„Das ist eben auch die Kunst in der Medizin, das abzuschätzen, was sind die Konsequenzen und was nicht. Es ist die Frage, wird man eine 93jährige Patientin am Tumor operie-

³⁰¹ Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass der berühmte ärztliche ‚Kunstfehler‘ im Anschluss an die Anbindung an Leitlinien durch den nun formal definierbaren „Behandlungsfehler“ beerbt wurde.

³⁰² Dies deckt sich mit den Einschätzungen von Vogd, der auf Experteninterviews mit Oberärzten, die es gewohnt seien, „zwischen den Zeilen zu lesen“ verweist (Vogd 2004b, S. 13).

³⁰³ Er fordert daher: „*Mehr Transparenz, dass alles was Wissenschaft ist und nicht eine wissenschaftliche Arbeit, die von einer Pharmaindustrie bezahlt wird und ich genau weiß, was rauskommen muss, wenn das nicht rauskommt, dann wird das auch eingestampft.*“ In Bezug auf die Durchdringung der ärztlichen Praxis mit wirtschaftlichen Interessen im Gewand der Wissenschaftlichkeit äußert der erfahrene Arzt den Wunsch nach einer neutralen Prüfinstanz für Pharmastudien: „*Wenn ich weiß, das ist irgendwo eine kritische Institution und die empfiehlt das, weiß nicht wie die aussehen soll, staatlich oder sonst irgendwo oder Stiftung Warentest oder so, dann glaube ich denen mehr und das sollte also transparenter gemacht werden. Das wäre wichtig. Ich bin immer für kleine Schräubchen. Das könnte man machen, macht man aber nicht.*“

Ähnliche Statements aus der Empirie finden sich bei Vogd, der einen „starken Zweifel gegenüber der Qualität und klinischen Verwertbarkeit wissenschaftlicher Ergebnisse“ feststellt (Vogd 2004a, S. 194). Viele Studien seien den Interviewpartnern zufolge „massivst gefälscht“ (ebd.).

ren? (...) Halte ich mich in dem Fall an die Leitlinie oder nicht, man muss da ethisch orientiert sein?“³⁰⁴

Deutlich wird anhand solcher Konfliktfelder, dass die ärztliche Kunst eng verknüpft ist mit Vorstellungen eines ganzheitlichen, auch ethisch-moralische Themenkomplexe integrierenden Handelns³⁰⁵.

1.2 Probleme infolge der Technisierung ärztlichen Handelns

In Kapitel A 2. wurden kritische Positionen in Bezug auf die Effekte der Technisierung ärztlichen Handelns mit der Hauptstoßrichtung der Argumentation einer Entfremdung und Distanzierung vom Patienten durch das Eintreten von Technik in die Arzt-Patient-Interaktion bis hin zur „Apparatemedizin“ vorgestellt. Diese eher „konventionelle“ Kritik ärztlichen Handelns muss jedoch in ihren Ursachen und Konsequenzen vollständiger betrachtet werden bzw. ist vor dem Hintergrund der gewonnenen Erkenntnisse zu erweitern und in eine differenziertere Betrachtung des gesamten Handlungszusammenhangs einzubetten. Die empirische Untersuchung reflektiert und stützt jedoch zunächst die dargelegten Annahmen und Kritikpunkte.

Als Folge auf Akteursebene bekannt ist eine Verzerrung sinnvollen Handelns in Richtung einer „Apparatemedizin“, die aus betriebswirtschaftlicher Perspektive gegenüber nicht-technischen, darüber hinaus noch zeitintensiven Erkenntnisstrategien jedoch als ökonomisch rationale Maßnahme erscheint:

„Wenn ich 10 Stunden lang vernünftige Medizin machen würde, angenommen ich hätte den ganzen Tag nur Leute, die Kopfweg haben und das ist nur ein Konflikt oder sonst was, die haben keinen Tumor und ich würde 10 Stunden nur beraten, dann wä-

³⁰⁴ Der erfahrene Internist bindet diese persönliche Qualität an den Reifeprozess des Arztes an „Man muss mit der Zeit auch einen bestimmten Mut entwickeln zu sagen, das lasse ich jetzt (...). Da geht's um diesen Mut auch für Entscheidungen.“ In diesem Sinne wird der Problematik der einzelfallorientierten Abweichung von Leitlinien („Ärztliches Handeln ist nur bedingt durch Leitlinien vorstrukturierbar“) mit Verweis auf die für das ärztliche Handeln bedeutsamen Konzepte „Mut“ und „Verantwortung“ begegnet, womit Hinweise auf notwendige „Subjektqualitäten“ gegeben sind.

³⁰⁵ Der Themenkomplex ethischen Handelns stand nicht explizit im Fokus der empirischen Untersuchung. Es erscheint fraglich, ob dieses für das ärztliche Handeln (offenbar nach wie vor) bedeutsame Konzept im Paradigma der wahrscheinlichkeitsbasierten Entscheidungsfindung eine adäquate Berücksichtigung finden kann. Deutlich wird jedoch, dass die Komplexität der Erwartung an das ärztliche Handeln mit der Vereinfachung der wissenschaftlichen und ökonomischen Konzeption von Handeln kollidiert. Nur angedeutet sei hiermit, dass ein Verständnis ärztlichen Handelns im Paradigma einer ärztlichen Kunstlehre über wissens- und handlungstheoretische Überlegungen hinaus auch Aspekte ethisch-moralischen Handelns berührt, das vor den neuen Bewertungshorizonten der ärztlichen Tätigkeit sicherlich grundlegend neu diskutiert werden muss.

re ich am Abend Pleite sozusagen, für diesen Tag. Ich muss den irgendwo hinschicken, ich muss irgendwas Apparatives mit dem machen.“

Die Überfrachtung der ärztlichen Praxis durch Technik ist somit als Eindringen einer sachfremden Logik zu kritisieren, das in hohem Masse ökonomisch motiviert ist. Ohne eine Korrektur der Leistungsbewertung erscheinen daher auch Appelle der Rückbesinnung auf eine ursprüngliche Ärtlichkeit im Sinne einer menschnahen Medizin als wenig aussichtsreich.

Deutlich wird darüber hinaus, dass vor allem die im Rahmen subjektivierenden Handelns zentralen Medien der Erkenntnis wie „Sinne“ und „Empathie“ von der technischen Überformung betroffen sind. Hierauf verweist eine Einschätzung des langjährigen internistischen Hausarztes, die die Entwicklungstendenz der „High-Tech-Medizin“ als Dynamik der Verdrängung tradierter ärztlicher Medien der Erkenntnisgewinnung reflektiert:

„Es gibt ja heute einen Trend, die Technik tut ja diese Sinne tendenziell ersetzen. Meines Erachtens aber unvollkommen, im Trend, im Medizintrend aber immer mehr.“

In diesem Zusammenhang weist er auf die Gefahr einer „technokratischen“ Verformung der ärztlichen Tätigkeit hin:

„Ich denke mir schon, dass das heute eine Gefahr ist. Also der Verlust der Empathie³⁰⁶ hinter sehr technokratischer Abhandlung von Symptomen.“

Die Annahme eines Technikdeterminismus ist jedoch zurückzuweisen. So konnte der Umgang der erfahrenen Ärzte mit Medizintechnik durch die empirische Analyse als subjektivierendes Handeln aufgezeigt werden. Als „Verlängerung der eigenen Untersuchungsmöglichkeiten“, wie anhand des Beispiels der Ultraschalluntersuchung gezeigt, kann Technik in bestimmten Settings einen verbindenden, den Patienten integrierenden Charakter aufweisen, durch welchen die Subjekthaftigkeit auch des „Bearbeitungsgegenstands Patient“ gewahrt wird. Hiermit konnte handlungstheoretisch untermauert werden, dass sich ärztliches Handeln nicht zwangsweise zugunsten eines instrumentellen bzw. objektivierenden Handelns verändern muss, sobald Technik hinzutritt.

Das Eindringen von Technik in ein zunächst nicht-technisch definiertes Handlungsfeld wie die Interaktionssituation zwischen Arzt und Patient birgt vor allem im Zusammenwirken mit

³⁰⁶ Erinnert werden soll an dieser Stellen an den Befund der vorliegenden Arbeit, dass die empathische Teilhabe des Arztes ein wichtiges Element des ärztlichen Erkenntnisprozesses bildet. Er verweist zudem auf den Hintergrund seiner beruflichen Sozialisation: „Ich würde sagen, ich hatte das Glück eben eine Ausbildung zu machen an einem Ort wo die Empathie eine ganz wichtige Basis fürs Heilen war“.

den einseitig an den Kriterien zum einen der wissenschaftlichen Präzision und Objektivität und zum anderen der ökonomischen Effizienz orientierten Leistungsbeurteilung bestimmte Gefahren für die Betrachtung ärztlichen Handelns. So findet sich in der Empirie im Fall der jüngeren Ärzte eine verstärkt technische Orientierung, im Rahmen derer objektive Befunddaten im Vergleich zu nicht-technischen, erfahrungsbasierten Erkenntnismedien offenbar überbewertet werden. Dies zum einen, wie in der empirischen Analyse aufgezeigt, aus dem Grund, dass die jungen Ärzte aufgrund mangelnder praktischer Erfahrung eng an einem durch objektive Kriterien definierten „Schema“ arbeiten. „Kritisch“ wird es an dem Punkt, an dem ein solches dem Arbeitsgegenstand (Mensch) in vielen Situationen sachlich unangemessenes Handeln durch das Handlungssetting bzw. die institutionellen Rahmenbedingungen begünstigt wird. So ist es als kontraproduktiv im Sinne einer sowohl patienten- als auch in der gesamtökonomischen Betrachtung ressourcenschonenden Arbeitsweise einzustufen, dass diese für den ärztlichen Erkenntnisprozess an sich schon gravierende, im medizinischen High-Tech-Setting längerfristige Entwicklung zusätzlich durch das Zusammenspiel mit den Kriterien der Ökonomie forciert wird, wie von den erfahrenen Ärzten als im Rahmen der eigenen Berufslaufbahn erlebter Prozess geschildert:

„Durch Leistungsbewertung, ja, wo einfach das klassische Leistungsspektrum immer mehr ins Hintertreffen geraten ist gegenüber dem Technischen.“

Der Ausdruck „klassisches Leistungsspektrum“ verweist erneut darauf, dass das ärztliche Handeln von dieser Bewertungsverschiebung in seinem Kern betroffen ist.

1.3 Probleme infolge der Ökonomisierung ärztlichen Handelns

Als Begrenzungen ärztlichen Handelns scheinen an vielen Stellen die Vorgaben der ökonomisierten Medizin auf. Hiermit stehen die Eindrücke aus der empirischen Analyse an vielen Punkten im Einklang mit anderen aktuellen Untersuchungen (siehe dazu Kapitel A 3.). Als Konsequenz der mittlerweile unhinterfragten Orientierung der Systemgestaltung am Maßstab der (ökonomischen) Effizienz wird die ärztliche Arbeit als hiervon in ihrem Kern berührt deutlich:

„Grundsätzlich ist aber heute das Element immer weniger Zeit, alles soll effizienter sein, der Begriff der Effizienz ist ja ganz wichtig, vieles was in der Medizin wichtig ist, nämlich Interaktion, in Zeit und Ruhe etwas entwickeln können, das fällt damit hinunter.“

Als problematisch oder sogar fatal scheint sich diesbezüglich die festgestellte auf Strategien der betrieblichen Rationalisierung zurückzuführende Arbeitsverdichtung (siehe dazu auch Kühn/ Klinke 2006, Klinke 2008 und Kapitel A 3.6.2.) auszuwirken.

„Das ist ja alles extrem geworden. Wenn es bei uns zwei waren, dann musste einer den Urlaub abbrechen, aus Italien anreisen. Jetzt haben wir nie mehr zwei. Plötzlich geht das, früher war das eine Katastrophe. Jetzt soll es gehen. Obwohl die Patienten immer schneller durchsauen. Damals lag einer drei Wochen da und jetzt muss er mit der Diagnose innerhalb von fünf Tagen wieder draußen sein. Also das ist ein unglaubliches Tempo geworden und ich glaube die ganz armen Schweine sind die jungen Ärzte, die halt Nachtdienst plus dieses Tempo und nicht die Erfahrung haben und auch nicht wissen, wie es früher war und denken alle haben immer soviel geschafft wie sie und haben soviel Verantwortung übernommen, obwohl sie es nicht können, die machen es halt einfach.“

So geben in der empirischen Untersuchung vor allem die jungen Ärzte „Zeitdruck“ als Grund für die vielfach notwendige „Abkürzung“ der Anamnese an³⁰⁷:

„Genau dieses Anamnesegespräch. Gerade wenn jetzt die Notaufnahme total voll ist und man ganz alleine ist und ziemlich Tohuwabohu herrscht, dann muss man das Ganze etwas abkürzen.“

Der so wichtige persönliche Kontakt mit dem Patienten, der als wegweisend für den weiteren diagnostischen und therapeutischen Pfad zu betrachten ist, wird durch diese Form der Leistungssteuerung mit, so eine weitere Schlussfolgerung, auch in ökonomischer Hinsicht schwerwiegenden Folgen in seinem Potential drastisch eingeschränkt. Wie die Analyse des Expertenhandelns offenbart, ist trotz des Bestehens personenunabhängiger, objektiver, wissenschaftsbasierter Methoden der Erkenntnis den interaktiv-kommunikativen Anteilen eine prominente Position im ärztlichen Erkenntnisprozess einzuräumen. So erweist sich die Erstbegegnung bzw. allgemein das Gespräch zwischen Arzt und Patient, so unspektakulär es im Vergleich zu hoch technisierten Vorgängen in der modernen Medizin erscheinen mag, als ein nach wie vor wichtiges Feld der ärztlichen Kunst. Als eine zentrale Leistung subjektivierenden Handelns ist es zu betrachten, unter den Bedingungen von Zeitmangel und unvollständigem Informationsstand Entscheidungen zu treffen, beispielsweise über die Dringlichkeit einer medizinischen Maßnahme zu entscheiden.

³⁰⁷ So ist die Tendenz zur Standardisierung der Anamnese oder die mittlerweile übliche Praxis der Erhebung einer „Voranamnese“ durch nicht-ärztliches Personal kritisch zu betrachten. So kann in der Abfrage geschlossener Fragekomplexe und/ oder der Formalisierung von offenen Patientenantworten die Gefahr des Verlusts relevanter Informationen nicht ausgeschlossen werden bzw. ist diese relativ wahrscheinlich.

„Ich muss genauer auswählen wer komplett untersucht werden muss, jemand der ganz neu kommt zum Beispiel eher, jemand älterer mit vielen Krankheiten eher als jemand junger der mit einer verschnupften Nase kommt, dafür ist heute von den ganzen Gegebenheiten her, Wirtschaftlichkeit her usw. keine Basis, ja, das gibt es heute nicht mehr. Das ist das eine, also ich muss quantitativ auswählen.“

Der Umstand chronischer struktureller Zeitknappheit vor allem im Zusammenhang mit patientennahen Arbeitsanteilen scheint sich – neben den hierdurch ungenügend ausgeschöpften Erkenntnischancen - auch hinsichtlich des ärztlichen Lernprozesses als problematisch zu erweisen, wie alle drei erfahrenen Internisten zumindest andeuten. Ein Oberarzt bekundet, die Ausbildung der jüngeren Ärzte aufgrund von Zeitmangel nicht in dem Maß begleiten zu können, wie es in seinen Augen sinnvoll wäre:

„Es fehlt schlichtweg die Zeit, dass man den Studenten einen Patienten vorstellt: Hallo das ist der Herr Meier, da gehst jetzt hin und tust mit dem mal so richtig schön reden und lässt dir alles erzählen, und dann kannst du ihn noch richtig schön untersuchen und dann kommst du zu einer Einschätzung- da ist einfach nicht die Zeit dafür.“

So erhalten die Assistenzärzte im hochkomprimierten Stationsalltag zunehmend weniger Gelegenheit, sich wichtige Basisfertigkeiten anzueignen. Auch an der ärztlichen Ausbildung wird gespart, was den erfahrenen Ärzten zu pessimistischen Einschätzungen Anlass gibt.

„Das ist nicht nur bedauerlich, das ist eine Katastrophe. Wenn wir alle weg sind, die das noch gehabt haben, wie das dann so sein wird?“

In den Blick geraten zudem Erscheinungsformen einer Fremdbestimmung ärztlicher Handlungslogiken durch deren Unterordnung unter formale Verfahren der Leistungssteuerung³⁰⁸, die in erster Linie von Logiken der Abrechnungsoptimierung motiviert sind, wie ein Oberarzt als Folge der Einführung der DRG-Fallpauschalen schildert.

„Stufendiagnostik heißt eben, dass ich aufbaue. (...) Und was hier jetzt und das ist noch mal ein wichtiger Punkt, was ja im Zeichen der DRGs, die wir jetzt haben, nicht mehr möglich ist, sondern wir machen jetzt die Schrotschussdiagnostik, das heißt, der kommt rein und dann muss er in fünf Tagen wieder draußen sein. Das heißt, irgendeiner schreibt alles auf, was es da gibt und dann wird das gemacht und die Schwester rast von da nach da und dann wird das alles abgewickelt, ob das nötig ist oder nicht nötig ist, das ist alles da und fertig aus und dann ist er wieder draußen.“

³⁰⁸ So hat offenbar die Diagnose durch die Einführung des DRG-Systems eine zusätzliche betriebswirtschaftlich motivierte Aufwertung erfahren: *„Man ist angehalten möglichst viele Diagnosen bei jedem Patienten irgendwie zu finden, denn desto mehr man findet, desto mehr kann abgerechnet werden.“*

Und da kann man sich natürlich immer fragen, ist es jetzt günstiger, haben wir jetzt Geld gespart weil er jetzt schnell wieder draußen ist oder hätten wir uns ein bis zwei Untersuchungen sparen können, hätte er vielleicht nicht soviel Kontrastmittel abbekommen.“

Erkennbar wird in dieser Schilderung die Problematik eines durch die Orientierung an formalen, mess- und abrechenbaren Kriterien verzerrten ärztlichen Handelns. Dem von den erfahrenen Ärzten im Rahmen der Stufendiagnostik durchgeführten schrittweise-explorativen Vorgehen wird durch die Pauschalbetrachtung eines „Falls“ der Boden entzogen. Vor dem Hintergrund der Komplexität des individuell zu konfigurierenden Produkts Gesundheitsversorgung erscheint diese Entwicklung problematisch: Eine ganzheitliche Betrachtung des Patientenproblems wie auch insgesamt ein sinnvolles, den Logiken ärztlichen Handelns entsprechendes Vorgehen wird durch die an Formalkriterien orientierte Leistungssteuerung sowie durch die offenbar zudem beförderte Fragmentierung ärztlichen Handelns zumindest deutlich erschwert.

Es scheint als seien viele Fehlentwicklungen der pauschalen Zugrundelegung von Kriterien betriebswirtschaftlicher Rationalität in Bezug auf das ärztliche Handeln geschuldet. Wie ersichtlich wird, werden hiermit nicht-intendierte Nebenfolgen erzeugt, die sich als Störungen des Arbeitsablaufs und sogar als paradoxe Effekte hinsichtlich der angestrebten Rationalisierung niederschlagen³⁰⁹. Angesprochen sind hiermit sowohl eine Unterwanderung der ärztlichen Maxime des „nihil nocere“ als auch die grundsätzliche Infragestellung der gesamtwirtschaftlichen Rationalität des Versorgungsgeschehens. So vernachlässigt die einseitige Fixierung auf Effizienzsteigerung, dass in der Gesundheitsversorgung andere Maßstäbe angelegt werden müssen, als in der herkömmlichen, in betriebswirtschaftlichen Logiken denkenden Ökonomie. Diese verlangt generell die punktuelle Betrachtung einzelner Sequenzen von komplexen Arbeitsabläufen (vgl. Böhle 1999b), deren effizienzmotivierte Verdichtung sich jedoch im Fall der (vermeintlichen) Rationalisierung ärztlichen Handelns als ökonomische Irrationalität auszuwirken scheint. Vieles spricht dafür, dass sich der Bereich der Gesundheitsversorgung nicht vollständig in monetären Größen abbilden lässt. Inwiefern z. B. standardisierte Behandlungspfade zu einer Kostendämpfung im Gesamtsystem beitragen, wird daher sehr schwer bis kaum zu erheben sein. Auch wenn Zahlen aus dem Ausland infolge der Implementierung des DRG-Systems eine Abnahme der Fallkosten erwarten lassen (vgl. Neumann 2006, S. 329) – und somit eine Steigerung des Unternehmensgewinns - muss dieser Art der Kostenrechnung mit Skepsis begegnet werden. Allein der so genannte „Drehtüreneffekt“ (Borgetto/ Kälble 2007, S. 104) verweist auf vielfältige Irrationalitäten der punktuellen öko-

³⁰⁹ Empirisch gezeigt werden konnte dies bereits für den Bereich der Pflege (vgl. Böhle 1999b)

nomischen Betrachtung des pauschalierten Falls. So wird anhand vieler Beispiele erkennbar, dass die Folgekosten der neuen, betriebswirtschaftlich optimierten Versorgungskonzepte im System diffundieren, dementsprechend kaum eindeutig kausal zurechenbar, geschweige denn in Quantitäten auszudrücken sind. So fehlen z. B. jegliche Orientierungsgrößen für die gesamtgesellschaftliche Mehrbelastung infolge der Fehlsteuerung von menschlichen, technischen und finanziellen Ressourcen. Verwiesen werden kann anhand des empirischen Materials lediglich auf hohe, vom Gesamtsystem zu tragenden Kosten für falsch angewendete Medizintechnik, für die der Sonografiespezialist in seinem Fach Zahlen nennt:

„Man weiß, dass 1,25 Milliarden pro Jahr ausgegeben werden für den Schall und extrem schlechte Ergebnisse rauskommen und noch Riesen, Riesen Kosten entstehen dadurch, dass dann irgendwelche schwarzen oder weißen Punkte, die der dann nicht interpretieren kann, mit teuersten Methoden dann nachuntersucht werden.“

Zur Vermeidung oder zumindest Minimierung dieser Kosten verweist er hierzu auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen, daher auch zeitaufwändigen Ausbildung³¹⁰, die in längerfristiger Betrachtung jedoch eine ressourcensparende und im Vergleich zu teureren Verfahren hoch effiziente Diagnostik ermögliche. Für diese Art der ökonomischen Betrachtung scheint es im gegenwärtigen System jedoch wenig Raum zu geben.

Ausgehend von der Betrachtung ärztlichen Handelns und dessen Begrenzungen in der ökonomisierten Medizin verstärkt sich der Eindruck, dass eine mit den klassischen Instrumenten der betrieblichen Rationalisierung forcierte Systemreformation die Anforderungen der Arbeit mit kranken Menschen - auch jenseits ethischer Positionen – nicht berücksichtigt, d.h. auf Grundlage der gewonnenen empirischen Erkenntnisse zum ärztlichen Handeln allein auf der Ebene des Arbeitshandelns als nicht sachgerechte Methode der Leistungssteuerung zu bezeichnen ist. Insbesondere den Ambitionen der Standardisierung von ärztlichen Arbeitsabläufen als Königsweg der Effizienzoptimierung muss auf Basis dieser Befunde eine klare Absage erteilt werden. In diesem Zusammenhang schildert ein Oberarzt seine persönlichen Erfahrungen mit der betriebswirtschaftlichen Unternehmensberatung, die das ärztliche Handlungsfeld anhand von fachfremden Kriterien bewertet:

„Wir haben ja diese externen Berater da, diese Firmen die das machen, McKinsey und sonst was. Dass Sie dann sagen, wir machen hier ein Power Point für McDonald's und drei Wochen später kommen wir ins Krankenhaus und können genau das gleiche machen. Nehmen McDonald's raus und schreiben Ärzteabteilung darüber und verkaufen das denen für wahnsinniges Geld. Und da kommt immer raus, dass zwei Ärzte entlassen werden können, weil irgendwie ein Gang von da nach da ge-

³¹⁰ So kann darauf verwiesen werden, dass Möglichkeiten zum „erfahrungsgeleiteten Lernen“ (siehe B 4.4.2.) erhalten oder neu geschaffen werden müssen

gangen wird oder so. Und ich finde, das ist einfach so eine Geschichte, das so genannte Qualitätsmanagement hat im Grunde genommen mit der ärztlichen Qualität überhaupt nichts zu tun. Das heißt zwar Qualität, ist aber nur ein Instrument, um Leute rauszuschmeißen.“

Deutlich wird, dass das Anlegen von Maßstäben der betriebswirtschaftlichen Rationalisierungsstrategien darüber hinaus gravierende Folgen im Bereich der Versorgungsqualität haben kann:

“Das ist ein Schmarrn. (LACHT) Gefährlich, ich kann ihnen gleich noch ein Beispiel sagen. Wir hatten mal eine Low Care Station, die Idee war die Ärzte einzusparen und dann hat man also Leute, die man noch nicht ganz heimschicken kann die aber schon wieder ganz gut sind, die brauchen nicht so viele Ärzte und da machen wir eine Low Care Station, da brauchen wir weniger Ärzte, weniger Personal, ist billiger und dann gehen die wieder heim. Ich bringe zwei Beispiele oder eins, 23-jähriger Mann der Bauchweh hatte, Blinddarmfrage, furchtbare Schmerzen, und auf einmal hat es nicht mehr weh getan und er kommt auf die Low Care Station. War da ein paar Tage, dann ist er von einem Studenten zu mir geschickt worden. Der ist geschimpft worden ja, er soll doch nicht und so und was habe ich gesehen, 1,5 Liter Eiter im Bauch, weil der einen Blinddarm hatte der geplatzt ist, das ist das Klassische, der platzende Blinddarm, tut furchtbar wenn er geplatzt ist und dann tut es nach 1, 2 Tagen nicht mehr weh und dann hat man das- der geht drauf so ungefähr, was ich sagen will ist, Low Care ist wahnsinnig gefährlich. Ist dann wieder geschlossen worden.“

Auch wenn diese Aussagen des Oberarztes möglicherweise Extremsituationen beschreiben, verweisen sie doch darauf, dass eine ökonomisch motivierte Umstrukturierung des Arbeitsfelds nach den Maßstäben industrieller Arbeitsgestaltung eine Überformung ärztlichen Handlungsfeldes mit sachfremden Logiken bedeutet. Kritisiert wird zudem, dass sich Ambitionen zur Verbesserungen der Versorgungsqualität primär auf Inhalte jenseits einer der Handlungsebene beziehen („*Da kommt nichts Medizinisches drin vor. Nichts. Das sind alles Hotelqualitäten*“).

Der Paradigmenwechsel des einst primär als wohlfahrtsstaatliches System konzipierten Gesundheitswesens hin zum ökonomisch regulierten Markt wird insgesamt³¹¹, vor allem je-

³¹¹ Lediglich die junge Ärztin im Praktischen Jahr steht der Ökonomisierung der ärztlichen Tätigkeit unkritisch gegenüber. Möglicherweise ist hiermit auf die Situation junger Ärzte im heutigen Gesundheitswesen verwiesen, die mit der Bewältigung der Anforderung ihres Arbeitsalltags zwar stark belastet sind, diese aber deutlich weniger problematisieren, da sie bereits in dieses Umfeld hineinsozialisiert wurden. Es ließe sich hierdurch erklären, dass Konflikte mit den Wertvorstellungen über die eigene Profession und den Rahmenbedingungen der eigenen Berufsausübung deutlich seltener sind.

„Der Arzt ist heute viel mehr Dienstleister als früher, aber ich kenne das nur aus Beschreibungen, dass früher nicht so gewesen sein soll. Angeblich. Ich kenne es nur so, dass man heute einen Dienstleisterberuf ausübt. (...) Es ist ein Service, den man dem Patienten bietet. Es ist ein Service, dass

doch von den älteren Ärzten kritisch beurteilt, die den Wandlungsprozess in eigener Anschauung miterlebt haben. Sicherlich auch persönlichkeitsbedingt sind verschiedenen Umgangsformen mit der Veränderung der Rolle des Arztes im institutionellen Gefüge zu erkennen, die von aktivem Widerstand bis hin zu resignativem Verhalten reichen. Festgestellt werden können Rollenkonflikte zwischen dem Anspruch an die Qualität der eigenen Arbeit und den Erwartungen an den Arzt in der ökonomisierten Medizin. Vor allem im Vergleich mit der Vergangenheit sehen sich die Ärzte zunehmend in die Rolle des Dienstleisters gedrängt. Wenig überraschend stößt die Konzeption des Arzt-Patient-Verhältnisses als marktförmige Dienstleistungsbeziehung im Rahmen des Samples auf geringe Akzeptanz. Der Begriff der Dienstleistung erscheint allenfalls im Sinne des „Dienst am Patienten“ mit dem professionellen Anspruch vereinbar, ist er kaum mit einer Selbstkonzeption als „Helfer“ oder „Begleiter“ des Patienten in Einklang zu bringen. Wenn auch die handlungstheoretische Analyse auf die Notwendigkeit der Bezugnahme auf den Patienten als „Subjekt“ verweist, ist dies keineswegs gleichbedeutend damit, ihn als frei entscheidendes Wirtschaftssubjekt im Sinne eines „Kunden“ zu behandeln:

„Also ein Kunde kann auswählen, der kann da hin oder da hin, das kann der gar nicht mehr und da braucht er eigentlich wirklich einen Helfer, nicht einen Verkäufer der ihm irgendwas verkauft, Leistung und so, das finde ich furchtbar.“

So ist die strukturelle Inkompatibilität der ärztlichen Arbeitsaufgabe mit den Anforderungen der auf Effizienz getrimmten, möglichst weitgehend standardisierten Dienstleistungsmedizin als ein wesentlicher Grund für die Ablehnung einer Ökonomisierung der Arztrolle zu betrachten³¹².

Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang auf weitreichenden Forschungsbedarf bezüglich der Anforderungen an ein tragfähiges Arzt-Patient-Verhältnis in der modernen ökonomisierten Medizin. Auch die Untersuchung von geeigneten Interaktionsmodellen, die mit einem subjektivierenden Handeln korrespondieren bzw. dieses möglichst umfassend unterstützen, erscheint vielversprechend.

man ihre Gesundheit erhält oder wieder herstellt und mit der Erwartungshaltung kommen auch viele Patienten. Was ich persönlich auch nicht falsch finde, aber wo ich den Eindruck habe, dass viele ältere Kollegen das als falsch empfinden.“

³¹² Hiermit soll nicht das Vorhandensein von professionellen Interessenlagen geleugnet werden. Allzu oft wird der Problemzusammenhang der Einschränkung der ärztlichen Handlungsautonomie jedoch vereinfachend darauf verkürzt. So sind in folgendem Statement zwar die üblichen interessenpolitisch deutbaren Komponenten enthalten, jedoch reflektiert die Schilderung des ehemals „gemessenen Schritts“ auch die schnellere Taktung der ökonomisch-tayloristischen Verwertungslogik: *„Meine Tochter war jetzt in der Schweiz und hat da ein paar Monate gearbeitet, das ist eine völlig andere Welt, da hat man noch das Gefühl, man ist Akademiker, man ist Arzt. Man geht noch gemessenen Schrittes durch die Hallen.“*

2 Perspektiven der 'Ärztlichen Kunst'

Die empirische Untersuchung verweist nachhaltig darauf, dass das professionelle Fähigkeitsensemble der ‚ärztlichen Kunst‘ nicht als vormoderner, traditioneller Restbestand zu betrachten ist, der durch immer intelligentere Formen des Wissenstransfers und der betriebswirtschaftlichen Steuerung ersetzt und optimiert werden kann. Vielmehr zeigt sich der subjektgebundene und erfahrungsbasierte Handlungsstil der ärztlichen Kunst als funktional erforderlich zur Erfüllung einer komplexen und kaum kalkulierbaren, zudem stark ethisch-normativ belegten Tätigkeit. Hierbei ist explizit darauf zu verweisen, dass eine primär von der Handlungsebene ausgehende Analyse über die bekannten Argumente der ‚Humanität‘ und der ‚Patientenorientierung‘ (z. B. bei Gmelin 2006, S. 12) als normative Größen hinausgeht, ohne diese zugleich in Abrede zu stellen. Auch gehen vielfach geäußerte Kritikpunkte wie die der ‚Sprachlosigkeit‘ der Medizin vor dem Hintergrund, dass theoretisch auch in der ‚Sprechenden Medizin‘ objektivierend gehandelt werden kann, am Ziel vorbei. Nur durch eine handlungstheoretische Näherbestimmung kann eine Differenzierung ‚guten‘ ärztlichen Handelns geleistet werden, die zudem eine Abgrenzung zu Dilettantismus und Quacksalberei ermöglicht.

Insgesamt ist bei der Betrachtung ärztlichen Handelns eine Verschiebung feststellbar, die wissenschaftlich geleitetes, objektivierendes Handeln durch die bestehenden Rahmenbedingungen begünstigt. Die Bevorzugung wissenschaftlich-technischer Lösungen gegenüber menschlich-kommunikativen Ansätzen wie auch die Überformung ärztlichen Handelns durch das Primat der Ökonomie sind offensichtliche Erscheinungsformen dieses Entwicklungsprozesses. Vor allem die Äußerungen der erfahrenen Ärzte reflektieren die Diskrepanzen der makrostrukturellen Entwicklungen mit Grundprinzipien ärztlichen Handelns. So wird die ärztliche Kunst in ihrem Wesen als subjektivierendes Handeln durch die makrostrukturellen Entwicklungen vielfach beeinträchtigt. Zuspitzend formuliert erscheint die ärztliche Kunst sogar als Störfaktor in einem verwissenschaftlichten, technisierten und ökonomisierten Prozess der Krankheitsbearbeitung. Zwar kann die drohende und teils schon reale Verdrängung ärztlicher Kunst bzw. subjektivierender Handlungsweisen aus der ärztlichen Praxis durch die empirischen Befunde teilweise nur indirekt oder in subtiler Weise gespiegelt werden, da durch den empirischen Fokus primär Situationen (so genannte ‚kritische Situationen‘) analysiert wurden, in denen subjektivierendes Handeln notwendig und zielführend ist. Die Tatsache, dass in der Praxis vielfach subjektivierend gehandelt wird, muss und sollte jedoch nicht als Gegenbeweis einer ‚Verdrängungsthese‘ gewertet werden. Erklärungen hierfür können auf verschiedenen Ebenen gefunden werden. Zunächst sind diejenigen Interviewpartner, die als er-

fährene Ärzte im Sinne einer ärztlichen Kunst agieren, zu einer Zeit sozialisiert worden, zu welcher der formalisierende Effekt der Makrotendenzen auf die ärztliche Praxis im Vergleich zur gegenwärtigen Situation als deutlich geringer einzustufen ist. Mit einigem Grund kann daher auf die „Gefahr“ hingewiesen werden, die von der Veränderung der Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit im Sinne einer Verschärfung der makrostrukturellen Entwicklungen für die Sozialisation angehender Ärzte ausgeht. Des Weiteren ist in der Gestaltung der ärztlichen Praxis durch die Subjekte, wie auch in anderen professionellen Feldern festgestellt wurde³¹³, das Phänomen zu erkennen, Handlungsspielräume in formalisierten Arbeitszusammenhängen im Sinne eines subjektivierenden Handelns zu nutzen. Ähnlich der Situation in der industriellen Produktion im Anschluss an die Implementierung von neuen technischen Verfahren und computerbasierter Steuerung in den Produktionsprozess sucht sich offenbar auch das ärztliche Handeln Nischen im verwissenschaftlichten, technisierten, standardisierten und ökonomisierten Umfeld. Hiermit werden unter Umständen Intentionen der Systemgestaltung unterlaufen, jedoch vor allem von den handelnden Subjekten Chancen zu subjektivierendem Handeln, so im konkreten Fall zur Ausübung der ärztlichen Kunst, ergriffen. Hierauf verweist z. B. das Handeln des erfahrenen Arztes im Zusammenhang mit Medizintechnik, das sich nicht in instrumentellen Bezügen erschöpft, sondern als subjektivierender Umgang mit Technik durchaus in stark formalisierten Zusammenhängen erfolgreich sein und auch als den Patienten einbeziehendes, dialogisch-interaktives Handeln zudem die technikimmanenten Barrieren der Distanzierung überwinden kann.

Abschließend soll darauf verwiesen werden, dass der Bedarf an diesen Fähigkeiten womöglich sogar noch steigt. So kann gezeigt werden, dass ärztliches Handeln unter schwierigeren Rahmenbedingungen (Zeitdruck, hoher Technisierungsgrad, arbeitsteilige Organisation und Partialisierung von Abläufen) bzw. in „kritischen Situationen“ nur im Stil eines subjektivierenden Handelns effektiv ist. Diese Fähigkeiten des erfahrenen Arztes im Kontext der massiven Beeinträchtigung des Arbeitshandelns durch die institutionellen Rahmenbedingungen sind als wichtiges Potential einer auch ökonomischen Bewältigung von Arbeitsanforderungen einzustufen. Unter den Vorzeichen zunehmender Ressourcenknappheit muss daher davon ausgegangen werden, dass die ärztliche Kunst umso unverzichtbarer sein wird, den Anforderungen einer bedarfsgerechten und noch dazu ökonomisch tragbaren Versorgung entsprechen zu können. Angeregt werden soll hiermit der Gedanke, dass sinnvolles ärztliches Handeln auch unter den (kaum wegzudiskutierenden) Parametern einer ökonomischen Rentabilität möglich sein und entsprechend gestaltet werden kann. Die empirische Analyse der Arbeits-

³¹³ Siehe dazu Böhle/ Milkau 1988

weise der erfahrenen Ärzte wie auch die Probleme und Schwierigkeiten der jungen Ärzte geben hierfür erste Anhaltspunkte. Inwieweit die organisatorischen Rahmenbedingungen des Medizinsystems ein solches Handeln auch zukünftig noch (oder wieder mehr) zulassen, ist eine zentrale Variable, die über die „Verdrängung“ der ärztlichen Kunst entscheidet.

Literaturverzeichnis

Akmaz, Bülent Levent (2009): Medizinisch-technischer Fortschritt in Deutschland. Innovationen in der Medizintechnik und ihre Regulierung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). München, Dr. Hut

Anschütz, Felix (1987): Ärztliches Handeln. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Ausfeld-Hafter, Brigitte (1999): Die zusammenfügende Folgerichtigkeit im intuitiven Denken der Traditionellen Chinesischen Medizin. In: Ausfeld-Hafter, Brigitte (Hrsg.): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Bern, Lang, S. 137-148

Badura, Bernd; Feuerstein, Günter (1996): Krisenbewältigung durch Systemgestaltung. In: Badura, Bernd, Feuerstein, Günter (Hrsg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen: Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim; München, Juventa, S. 9-20

Badura, Bernd (1996): Arbeit im Krankenhaus. In: Badura, Bernd, Feuerstein, Günter (Hrsg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen: Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim; München, Juventa Weinheim; München, Juventa, S. 21-82

Balint, Michael (2001): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett-Cotta, Stuttgart

Bannwolf, Evelyn (2007): Usability bei Mensch- Maschine- Schnittstellen. Neue Ansätze bei IuK-Technologien. Saarbrücken, VDM

Bauch, Jost (2000): Medizinsoziologie. München/Wien, Oldenbourg

Bauer, Hans G.; Böhle, Fritz; Bauer; Munz, Claudia; Pfeiffer, Sabine; Woicke, Peter (2006): Hightech-Gespür. Erfahrungsgeleitetes Arbeiten und Lernen in hoch technisierten Arbeitsbereichen. Bonn, BiBB

Beck, U.; Giddens, A.; Lash, S. (1994): Reflexive modernization: Politics, traditions and aesthetics in the modern social order. Stanford, CA, Stanford University Press

Behrens, Johann (2003): Vertrauensbildende Entzauberung: Evidence- und Eminenz-basierte professionelle Praxis. Eine Entgegnung auf den Beitrag von Werner Vogd. In: Zeitschrift für Soziologie. Jg. 31, Heft 4, S. 294-315

Beleites, Eggert (2006): Ist der Wandel des Arzt-Patient-Verhältnisses Folge des medizinischen Fortschritts? In: Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.): Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel. Freiburg i. B., Herder, S. 81-97

Bell, Daniel (1973): The Coming of Post-Industrial Society. New York, Basic Books

Berbuer, Edgar (1990): Zwischen Ethik und Profit: Arzt und Patient als Opfer eines Systems. Königsstein, Access

Bergdolt, Klaus (2006): „Götter, Kranke und Gelehrte – das komplizierte Verhältnis von Ärzten und Patienten. In: Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.): Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel. Freiburg i. B., Herder, S. 20-35

Böhle, Fritz (1992): Grenzen und Widersprüche der Verwissenschaftlichung von Produktionsprozessen - Zur industriesoziologischen Verortung von Erfahrungswissen. In: Th. Malsch; U. Mill (Hrsg.): ArBYTE - Modernisierung der Industriesoziologie? Berlin, S. 87-132

Böhle, Fritz (1997): Verwissenschaftlichung als sozialer Prozess. In: Bieber, Daniel (Hrsg.): Technikentwicklung und Industriearbeit. Frankfurt/ New York, Campus, S.153-180

Böhle, Fritz (1999a): Arbeit- Subjektivität und Sinnlichkeit. Paradoxien des modernen Arbeitsbegriffs. In: Schmidt, Gert (Hrsg.): Kein Ende der Arbeitsgesellschaft, Sigma, S. 89-110

Böhle, Fritz (1999b): Nicht nur mehr Qualität, sondern auch höhere Effizienz - Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 3, 53. Jg., S. 174-181

Böhle, Fritz (2002): Erfahrungswissen. Eine neue Herausforderung an die berufliche Bildung. In: W. Hendricks et al. (Hrsg.): Die heimlichen Qualifikationen. Jahrbuch Arbeit und Bildung. Opladen, Leske+Budrich

Böhle, Fritz (2003a): „Vom Objekt zum gespaltenen Subjekt“, In: Moldaschl, Manfred: Subjektivierung von Arbeit, München/ Mering, Hampp, S. 115-148

Böhle, Fritz (2003b): Wissenschaft und Erfahrungswissen- Erscheinungsformen, Voraussetzungen und Folgen der Pluralisierung von Wissen, In: Bösch, Stefan; Schulz-Schaeffer, Ingo (Hrsg.): Wissenschaft in der Wissenschaftsgesellschaft. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, S. 143-177

Böhle, Fritz (2004): Die Bewältigung des Unplanbaren als neue Herausforderung in der Arbeitswelt, Die Unplanbarkeit betrieblicher Prozesse und erfahrungsgeleitetes Arbeiten. In: Böhle, Fritz; Pfeiffer, Sabine; Sevsay-Tegethoff, Nese: Die Bewältigung des Unplanbaren. Wiesbaden, VS, S. 12-54

Böhle, Fritz (2006): Typologie und strukturelle Probleme von Interaktionsarbeit. In: Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit. Wiesbaden, VS, S. 325-347

Böhle, Fritz (2009a): Der Mensch als geistiges und praktisches Wesen. Verborgene Seiten intelligenten Handelns. In: Vossenkuhl, Wilhelm u.a. (Hrsg.) Ecce Homo! Menschenbild - Menschenbilder. Kohlhammer 2009, S. 161-182

Böhle, Fritz (2009b): Weder rationale Reflexion noch präreflexive Praktik. Erfahrungsgeleitet-subjektivierendes Handeln. In: Fritz Böhle; Margit Wehrich (Hrsg.): Handeln unter Unsicherheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 203-228

- Böhle Fritz (2010): Arbeit als Handeln. In: Böhle, Fritz, Voß, Günter G., Wachter, Günther (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden, VS, S. 151-176
- Böhle, Fritz; Milkau, Brigitte (1988): Vom Handrad zum Bildschirm. Untersuchung zur sinnlichen Erfahrung im Arbeitsprozess. Frankfurt/ New York, Campus
- Böhle, Fritz; Rose, Helmuth (1992): Technik und Erfahrung. Arbeit in hochautomatisierten Systemen. Frankfurt, Campus
- Böhle, Fritz; Brater, Michael; Maurus, Anna (1997): Pflegearbeit als situatives Handeln. Ein realistisches Konzept zur Sicherung von Qualität und Effizienz in der Altenpflege. In: Pflege 1997; 10:18-22
- Bauer, H. G.; Böhle, F.; Munz, C; Pfeiffer, S.; Woicke, P. (2000): Ausbildung der Kompetenzen für erfahrungsgelitetes Arbeiten in der Chemischen Industrie. Band A: Konzeptuelle Grundlagen. München und Burghausen, ISF
- Böhle, Fritz; Bolte, A.; Dunkel, W.; Pfeiffer, S.; Porschen, S.; Sevsay-Tegethoff, N. (2004): Der gesellschaftliche Umgang Erfahrungswissen: Von der Ausgrenzung zu neuen Grenzziehungen. In: Beck, Ulrich/ Lau, Christoph (Hrsg.): Entgrenzung und Entscheidung. Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung. Frankfurt, Suhrkamp, S. 95-122
- Böhle, F.; Glaser, J.; Büssing, A. (2006): Interaktion als Arbeit. Ziele und Konzept des Forschungsverbands. In: Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion- Interaktion als Arbeit, S. 25-41
- Böhle, Fritz/ Fross, Dirk (2009): Erfahrungsgelitete und leibliche Kommunikation und Kooperation in der Arbeitswelt. In: Alkemeyer, T.; Brümmer, C.; Kodalle, R.; Pille, T.: Körper in Bewegung. Choreographie des Sozialen. Bielefeld, transcript, S. 107-126.
- Böhm, Andreas (2000): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines.: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, S. 475-485
- Böhme, Gernot (1981): Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen. Am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 22, S. 445-463
- Boeschen, Stefan; Schulz-Schaeffer, Ingo (2003): Wissenschaft in der Wissensgesellschaft. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag
- Bodamer, Joachim (1962): Arzt und Patient. Freiburg, Herder
- Bollinger, Heinrich; Brockhaus, Gudrun; Hohl, Joachim; Schwaiger, Hannelore (1981): Medizinerwelten - Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation. München, Zeitzeichen
- Bollinger, Heinrich; Hohl, Joachim (1981): Auf dem Weg von der Profession zum Beruf. Zur Deprofessionalisierung des Ärzte-Standes. In: Soziale Welt, 32. Jg., 1981, Heft 4, S. 440-464

- Bollinger, Heinrich (1988): Die Entstehung des Ärztestandes. Eine professionstheoretische Untersuchung in subjektorientierter Perspektive. Dissertation, Fakultät für Theoretische Medizin der Universität Ulm
- Bollinger, Heinrich; Grewe, Anette (2002): Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts- Entwicklungsbarrieren und Entwicklungspfade. In: Qualifizierung und Professionalisierung. Jahrbuch für Kritische Medizin 37. Hamburg, Argument, S. 43-59
- Borgetto, Bernhard; Kälble, Karl (2007): Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim und München, Juventa
- Brater, Michael; Büchele, Ute; Fucke, Erhard; Herz, Gerhard (1989): Künstlerisch handeln. Die Förderung beruflicher Handlungsfähigkeit durch künstlerische Prozesse. Stuttgart, Verlag Freies Geistesleben
- Braun, Bernhard; Buhr, Petra; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf; Rosenbrock, Rolf (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler. Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern, Huber
- Braun, B.; Kühn, H.; Reiners, H. (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt, Fischer
- Brödner, Peter (1997): Der überlistete Odysseus: Über das zerrüttete Verhältnis von Menschen und Maschinen. Berlin, Sigma
- Brunold, Christian (1999): Intuition in der naturwissenschaftlichen Forschung. In: Ausfeld-Hafer, Brigitte (Hrsg.): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Bern, Lang, S. 109-120
- Buchanan, Bruce G., Davis, Randall; Feigenbaum, Edward A. (2007): Expert Systems. A Perspective from Computer Science. In: Ericsson, Anders K.; Charness, Neil; Feltovich, Paul J.; Hoffman, Robert R. (Hrsg.): The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance. New York, Cambridge University Press, S. 41-68
- Buchheim, Thomas (2006): Der mündige Patient – fünf Thesen aus Sicht des Normalverbrauchers. In: Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.): Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel. Freiburg i. B., Herder, S. 98-110
- Büssing, André (1999): Implizites Wissen und erfahrungsgelitetes Arbeitshandeln: Konzeptualisierung und Methodenentwicklung. Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München. Manuskript
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2009): Daten des Gesundheitswesens 2009. Berlin. (www.bmg.bund.de)
- Buscher, H.-P. (1993): Computereinsatz in der Medizin. Möglichkeiten, Grenzen, Gefahren. In: Hucklenbroich, Peter; Toellner, Richard (Hrsg.): Künstliche Intelligenz in der Medizin. Klinisch-methodologische Aspekte medizinischer Expertensysteme. Stuttgart/ Jena/ New York, Fischer, S. 133-139
- Catel, Werner (1979): Medizin und Intuition. Versuch einer Analyse. Stuttgart, Thieme

Channel E (2010): Medizintechnik: Umsatz in Deutschland 2009 und Ausblick 2010. (www.channel-e.de/news/article/medizintechnik-umsatz-in-deutschland-2009-und-ausblick-2010.html), zuletzt gesehen am 19.08.2011

Cianciolo, Anna T.; Matthew, Cynthia; Sternberg, Robert J.; Wagner, Richard K. (2007): Tacit Knowledge, Practical Intelligence and Expertise. In: Ericsson, Anders K.; Charness, Neil; Feltovich, Paul J.; Hoffman, Robert R. (Hrsg.): The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance. New York, Cambridge University Press, S. 613-632

Cimino, James J. (1999): Development of Expertise in Medical Practice. In: Sternberg, Robert J.; Horvath, Joseph A. (Hrsg.): Tacit Knowledge in Professional Practice. Researcher and Practitioner Perspectives. Mahwah/ New Jersey, London, Lawrence Earlbaum Associates, S. 101-119

Dahmer, Jürgen (2002): Anamnese und Befund. Die ärztliche Untersuchung als Grundlage klinischer Diagnostik. Stuttgart, Thieme

Danzer, Gerhard (1993): Zwänge und Effekte des Technikeinsatzes in der klinischen Kardiologie. In: Badura, B; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim und München, Juventa, S. 163-169

Degele, Nina (1994): Der überforderte Computer. Zur Soziologie menschlicher und künstlicher Intelligenz. Frankfurt/ New York, Campus

Dewey, John (1980): Kunst als Erfahrung. Frankfurt, Suhrkamp

Diehl, Volker (2006): Definition von Arzt und Patient aus medizinischer Sicht. In: Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.): Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel. Freiburg i. B., Herder, S. 178-187

Dörner, Klaus (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart/ New York, Schattauer

Dorfmueller, Monika (2001): Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch. Landsberg, ecomed

Dreyfus, Hubert L. (1972): What Computers Can't Do. A Critique of Artificial Reasoning. Harper & Row, New York

Dreyfus, Hubert. L.; Dreyfus, Stuart E. (1986): Mind over Machine. The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer. New York, Free Press

Drücker, Marion (1989): Expertenverhalten zwischen Bild und Regel. Diss. Universität Münster

Dtsch Ärztebl 2004, 101, Heft 33, B 1853

Dtsch. Ärztebl 2005, 102, Heft 12, B 665

Dunkel, Wolfgang (2006): Interaktionsarbeit im Friseurhandwerk - Arbeit am Menschen und Arbeit am Gegenstand. In: Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion -

- Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden, VS, S. 219-234
- Elstein, A. S.; Shulman; L. S.; Sprafka, S. A. (1979): Medical Problem Solving. An Analysis of Clinical Reasoning. Cambridge, London, Harvard University Press
- Erbsland, Manfred (2007): Alternde Bevölkerung und ökonomische Konsequenzen für das Gesundheitswesen. In: Häusler, Eveline (Hrsg.): Entwicklungslinien im Gesundheitswesen. Demographie und Integrierte Versorgung. Sternenfels, Wissenschaft & Praxis, S. 13-54
- Erdwien, Birgitt (2005): Kommunikationsstrukturen in der Arzt-Patient- und Pflege-Patient-Beziehung im Krankenhaus. Empirische Untersuchung zur Patientenzufriedenheit unter Berücksichtigung der subjektiven Erlebnisperspektive von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal. Berlin, dissertation.de
- Ericsson, Anders K.; Smith, Jacqui (1991): Prospects and Limits of the empirical study of Expertise: An introduction. In: Smith, Jacqui; Ericsson, K. Anders (Hrsg.): Towards a general Theory of Expertise. Prospects and Limits. Cambridge, University Press, S. 1-37
- Ericsson, Anders K. (2007): Introduction. In: Ericsson, Anders K.; Charness, Neil; Feltovich, Paul J.; Hoffman, Robert R. (Hrsg.): The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance. New York, Cambridge University Press, S. 3-19
- Ewers, Michael (2005): Krankenhausbasiertes Case Management als Baustein einer integrierten Versorgung. In: Badura B.; Iseringhausen, O. (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern, Huber, 156-166
- Ewig, Santiago (2006): Was ist ein guter Arzt? In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 07.05.2006, Nr. 18, S. 74
- Feltovich, Paul J.; Prietula; Michael J.; Ericsson, Anders K. (2007): Studies of Expertise from Psychological In: Ericsson, Anders K.; Charness, Neil; Feltovich, Paul J.; Hoffman, Robert R. (Hrsg.): The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance. New York, Cambridge University Press, S. 41-68
- Ferguson, Eugene S. (1992): Das Innere Auge. Von der Kunst des Ingenieurs. Basel/ Boston/ Berlin, Birkhäuser
- Feuerstein, Günter; Kuhlmann Ellen (Hrsg.) (1999): Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Huber
- Feuerstein, Günter (1996a): Zielkomplexe und Technisierungsprozesse im Krankenhaus. In: Badura, Bernd, Feuerstein, Günter (Hrsg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen: Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim; München, Juventa, S. 83-154
- Feuerstein, Günter (1996b): Ausdifferenzierung der kardiologischen Versorgungsstruktur und Kliniklandschaft. In: Badura, Bernd, Feuerstein, Günter (Hrsg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen: Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim; München, Juventa, S. 155-210

Fiedler, Marina (2004): Expertise und Offenheit. Mohr Siebeck, Tübingen

Fischer, G. C. (ohne Titel) 2001: In: Steuernagel, Birgit; Doering, Torsten; Fischer, Gisela (Hrsg.): Wege der Erkenntnis in der Medizin. Intuition – Erfahrung - Wissenschaft. Frankfurt a. M./ München/ New York, Hänsel-Hohenhausen, S. 7-22

Fintelmann, V. (2001): Erkenntnisgewinn im ärztlichen Alltag. Probleme bei Diagnose und Therapieentscheidungen. In: Steuernagel, Birgit; Doering, Torsten; Fischer, Gisela (Hrsg.): Wege der Erkenntnis in der Medizin. Intuition-Erfahrung-Wissenschaft. Frankfurt a. M./ München/ New York, Hänsel-Hohenhausen, S. 29-40

Flick, Uwe (1999): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt

Fliedner, Theodor. M. (2001): Wissen und Denken in der Medizin. Ein Beitrag zum Stellenwert „nicht-expliziten Wissens“ im Wissensmanagement. In: „Management von nicht-explizitem Wissen: Noch mehr von der Natur lernen“ Abschlussbericht Teil 3 Die Sicht verschiedener akademischer Fächer zum Thema des nicht-expliziten Wissens. Forschungsinstitut für anwendungsorientierte Wissensverarbeitung (FAW), Ulm Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), S. 21-40

Foucault, Michel (1985): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/ Berlin/ Wien, Ullstein

Francke, Robert (1994): Ärztliche Berufsfreiheit und Patientenrechte. Eine Untersuchung zu den verfassungsrechtlichen Grundlagen des ärztlichen Berufsrechts und des Patientenschutzes. Stuttgart, Enke

Freidson, Eliot (1975): Die Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. München/ Berlin/ Wien, Urban & Schwarzenberg.

Freidson, Eliot (1979): Der Ärztestand. Stuttgart, Enke

Gasser, Johannes (1999): Die Intuition des Körpers. In: Ausfeld-Hafter, Brigitte (Hrsg.): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Bern, Lang, S. 35-54

Geisler, Linus (1987): Arzt und Patient im Gespräch: Wirklichkeiten und Wege. Frankfurt, Pharma Verlag

Gerhardt, Uta (1991): Krankheitsdeutung und Rückkehr zur Arbeit. Zum Problem sozialen Handelns im Arzt-Patient-Verhältnis. In: Gerhardt, Uta: Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie. Frankfurt, Suhrkamp, S. 88-132

Gerlinger, Thomas; Stegmüller, Klaus (2009): Ökonomisch-rationales Handeln als normatives Leitbild der Gesundheitspolitik. In: Bittlingmayer, Uwe H.; Sahrai, Diana; Schnaber, Peter-Ernst (Hrsg.): Normativität und Public Health, Wiesbaden, VS, S. 135-161

Gerlinger, Thomas (2009): Wettbewerb und Patientenorientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Böckmann, Roman (Hrsg.): Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb. Wiesbaden: VS, S. 19-41

- Gigerenzer, Gerd (2008): Bauchgefühle. München, Goldmann
- Gmelin, Burkhard (2006): Institutionalisierung und Ökonomie – der Arzt und die Utopie der Gegenwart. In: Gmelin, Burkhard; Weidinger, Horst (Hrsg.): Interdisziplinäre Gespräche der Nürnberger Medizinische Gesellschaft e. V. Nürnberg, Seubert, S. 47-57
- Göckenjan, Gerd (1985): Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt, Suhrkamp
- Göckenjan, Gerd (1992): Selbstbild des Arztes. In: Schuller, A.; Heim, N.; Halusa, G. (Hrsg.) Medizinsoziologie. Ein Studienbuch. Stuttgart/Berlin/Köln, Kohlhammer, S.118-125
- Goffman, Erving (1977): Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt, Suhrkamp
- Grönemeyer, Dietrich H. W. (2007): Deutschland- das Gesundheitsland der Welt! Wollen wir diese Vision realisieren? In: Heinz Nixdorf Museumsforum (Hrsg.): Computer. Medizin. Hightech für Gesundheit und Lebensqualität., Paderborn/München/ Wien/ Zürich, Schöningh, S. 48-65
- Groopman, Jerome. (2007): How Doctors Think. Boston/ New York, Houghton Mifflin
- Groß, Rudolf (1992): Erfahrung, Intuition, Diskursives Denken und Künstliche Intelligenz als Grundlage ärztlicher Entscheidungen. Berlin/ Heidelberg, Springer
- Gruber, Hans (1991): Qualitative Aspekte von Expertise im Schach. Diss. Universität München 1991
- Gruber, Hans; Mandl, Heinz (1996): Expertise und Erfahrung. In: Gruber, H.; Ziegler, A. (Hrsg.): Expertiseforschung. Opladen, Leske+Budrich, S. 18-34
- Gruber, Hans; Ziegler, Albert (1996): Expertiseforschung. Theoretische und methodische Grundlagen. Opladen, Westdeutscher Verlag
- Hacker, Winfried (1992): Expertenkönnen. Erkennen und Vermitteln. Göttingen/ Stuttgart, Verlag für angewandte Psychologie
- Halfar, Bernd (1993): Technische Ensembles in der Medizin: Wirkungen und Nebenwirkungen. In: Badura, B; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim und München, Juventa, S. 191-206
- Hartmann, F. (1983): Arzt - Medizin - Technik. In: Silomon, Hero (1983): Technologie in der Medizin. Folgen und Probleme. Stuttgart, Hippokrates, S. 45-66
- Hartwig, Renate (2009): Der verkaufte Patient. Augsburg, Weltbild
- Hege, Hans (2001): Allgemeinmedizin. In: Dorfmueller, Monika (Hrsg.): Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch. Landsberg a. Lech, ecomed, S. 43-57

- Heidel, Caris-Petra (2008): Der Einfluss der Technik in der Medizin- nur eine Erfolgsgeschichte? In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Technischen Universität Dresden, 57, Heft 1-2, Medizin und Technik, S. 117-126
- Heim, Nikolaus (1992): Arzt und Patient. In: Schuller, Alexander; Heim, Nikolaus; Halusa, Günter (Hrsg.): Medizinsoziologie. Ein Studienbuch. Stuttgart/ Berlin/ Köln, Kohlhammer, S. 98-107
- Helmchen, Hanfried (2006): Das Arzt-Patient-Verhältnis aus Sicht der Psychiatrie. In: Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.): Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel. Freiburg i. B., Herder, S. 282-292
- Henke, Klaus-Dirk (2007): Medizinisch-technischer Fortschritt aus gesundheitsökonomischer Sicht. In: Heinz Nixdorf Museumsforum (Hrsg.): Computer. Medizin. Hightech für Gesundheit und Lebensqualität., Paderborn/München/ Wien/ Zürich, Schöningh, S. 25-47
- Heusser, Peter (1999): Intuition: Die innere Basis von Wissenschaft und Ethik. In: Ausfeld-Hafter, Brigitte (Hrsg.): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Bern, Lang, S. 77-98
- Heymann, Matthias, Wengenroth, Ulrich (2001): Die Bedeutung von tacit knowledge bei der Gestaltung von Technik. In: Beck, U.; Bonss, W.: Die Modernisierung der Moderne. Frankfurt, Suhrkamp, S. 106-121
- Höfling, Wolfram (2006): Der autonome Patient - Realität und Illusion. In: Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.): Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel. Freiburg i. B., Herder, S. 390-397
- Holyoak, Keith J. (1991): Symbolic connectionism: Toward third-generation theories of Expertise. In: Ericsson, K. Anders; Smith, Jacqui (Hrsg.): Towards a general Theory of Expertise. Prospects and Limits. Cambridge, University Press, S. 301-331
- Hoppe, Jörg-Dietrich (2005): Statt Programm-Medizin: Mehr Vertrauen in die ärztliche Urteilskraft. In: Dt. Ärztebl., Jg.102, Heft 13, S. 748
- Horvath, Joseph A. (1999): Tacit Knowledge in the Profession. In: Sternberg, Robert J.; Horvath, Joseph A. (Hrsg.): Tacit Knowledge in Professional Practice. Researcher and Practitioner Perspectives. Mahwah/ New Jersey, London, Lawrence Earlbaum Associates, Preface
- Huber, Ellis (1991): Der Arzt dient der Gesundheit. Zur Neubestimmung der Aufgabe des Arztes. In: Badura, Bernhard et. al.: Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. Frankfurt, Mabuse, S. 125-128
- Huch, Burkhard (1993): Das Krankenhaus als betriebswirtschaftliches System. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Weinheim und Basel, Beltz, S. 361-381
- Hucklenbroich, Peter (1993): Klinisch-methodologische Aspekte medizinischer Expertensysteme. In: Hucklenbroich, Peter; Toellner, Richard (Hrsg.): Künstliche Intelligenz in der Medizin. Klinisch-methodologische Aspekte medizinischer Expertensysteme. Stuttgart/ Jena/ New York, Fischer, S. 9-35

Huerkamp, Claudia (1985): Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Hunter, Kathryn Montgomery (1991): Doctor's Stories. The Narrative Structure Of Medical Knowledge. Princeton, University Press

IGES (2011): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008). Berlin

Illich, Ivan D. (1995/1975) Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. 4., überarbeitete Auflage. München, Verlag C. H. Beck

Iseringhausen, O.; Hartung, S. ; Badura, B. (2005): Das Public Health Portal: Versorgungsoptimierung durch Bevölkerungs- und systembezogene Wissensangebote. In: Badura, B. ; Iseringhausen, O. (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Basel, Hans Huber Verlag, S. 278-289

Joas, Hans (1996): Die Kreativität des Handelns. Frankfurt, Suhrkamp

Jung, Sybille (2005): Das präoperative Aufklärungsgespräch. Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Baden-Baden, Nomos

Kathan, Bernhard (2002): Das Elend der ärztlichen Kunst. Eine andere Geschichte der Medizin. Berlin, Kadmos

Kelle, Udo; Kluge, Susann (1999): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen, Leske +Budrich

Keseberg, Adalbert (2004): Arzt und Gesellschaft. Aachen, Shaker

Kirchner, Viola (1999): Zur Soziologie der Arzt- Patienten- Kommunikation bei der Ultraschalluntersuchung. Ein bildgebendes Verfahren als Schnittpunkt zwischen Wissenschafts- und Alltagswelt. (Diss. Universität Hamburg).

Klinke, Sebastian (2008): „Dafür bin ich nicht angetreten.“ Wie sich die Gesundheitsreformen auf das Verhalten von Krankenhausärzten auswirken. In: WZB Mitteilungen, Heft 121, September 2008, S. 40-42

Klose, Roderich (2001): Anästhesiologie und Intensivmedizin. In: Dorfmueller, Monika (Hrsg.): Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch. Landsberg/Lech, ecomed, S. 272-308

Kluwe, R.H. (1997). Denken und Problemlösen. In: Luczak, H.; Volpert, W. (Hrsg.): Handbuch Arbeitswissenschaft. Stuttgart, Schäffer-Poeschel., S. 448-452

Knüppel, Dirk (2004): Risikoselektion als Folge von Einkaufsmodellen im deutschen Gesundheitswesen. Instrumente, Indikatoren, Nachweis und Möglichkeiten zur Verhinderung der Risikoselektion. Schriften zur Sozialpolitik, Band 15. Weiden/ Regensburg, eurotrans

Kocka, Jürgen (2006): Vorwort zu WZB Mitteilungen, Heft 113, September 2006, S. 5

- Kölbing, Huldrych M. (1977): *Arzt und Patient in der antiken Welt*. München; Zürich, Artemis
- König, Frank (2007): *Ein Chefarzt klagt an: Von der Profitgier der Klinikbetreiber*. Berlin, econ
- König, Josef (1926): *Der Begriff der Intuition*. Halle/ Saale, Niemeyer
- Kolodner, J. L. (1983). Towards an understanding of the role of experience in the evolution from novice to expert. *International Journal of Man-Machine Studies*, 19, 497-518
- Kowal, Sabine; O'Connell, Daniel C. (2000): Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, S. 437-447
- Kraus, Rafaela (1998): *Transformationsprozesse im Krankenhaus: Eine qualitative Untersuchung*, München/ Mering, Hampp
- Krems, J. (1996): Expertise und Flexibilität. In: Gruber, H.; Ziegler, A. (Hrsg.): *Expertiseforschung. Theoretische und methodische Grundlagen*. Opladen, Westdeutscher Verlag, S. 80-91
- Krones, Carsten J., Willis, Stefan; Steinau, Gerd (2006). Die subjektive Wahrnehmung des Arztes – ein aktuelles Meinungsbild vom Patienten. In: Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.): *Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel*. Freiburg i. B., Herder, S. 227-239
- Kuckartz, Udo (2007): *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden, VS
- Kühn, Hagen/ Klinke, Sebastian (2006): *Krankenhaus im Wandel*. In: *WZB Mitteilungen*, Heft 113, September 2006, S. 6-9
- Künemund, Harald (2006): *Arzt-Patient-Beziehung aus Sicht der Soziologie*. In: Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.): *Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel*. Freiburg i. B., Herder, S. 168-177
- Lachmund, Jens (1996): Die Erfindung des ärztlichen Gehörs. Zur historischen Soziologie der stethoskopischen Untersuchung. In: Brock, Cornelius (Hrsg.): *Anatomien medizinischen Wissens. Medizin- Macht- Moleküle*. Frankfurt, Fischer, S. 55-85
- Lang, Hermann: *Das Arzt-Patient-Verhältnis aus Sicht der medizinischen Psychologie*. In: Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.): *Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel*. Freiburg i. B., Herder, S. 293-315
- Lauterbach, Karl; Lungen, Markus (2003): *DRG in deutschen Krankenhäusern*. Stuttgart, Schattauer
- Law, L. C.; Wong, K. M. P. (1996): Expertise and instructional design. In: Gruber, H.; Ziegler, A. (Hrsg.): *Expertiseforschung*. Opladen, Westdeutscher Verlag, S. 115-147
- Lohff, Brigitte (1990): *Die Suche nach der Wissenschaftlichkeit der Physiologie in der Zeit der Romantik*. Stuttgart, Fischer

- Lown, Bernhard (2002): Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. Stuttgart; New York, Schattauer
- Lüth, Paul (1974): Sprechende und stumme Medizin. Über die Patienten-Arzt-Beziehung. Frankfurt, Campus
- Lützenkirchen, Anne (2004): Stärkung oder Schwächung ärztlicher Autonomie? Die medizinische Profession und das Beispiel der evidenzbasierten Medizin aus soziologischer Sicht. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 98, S. 423-427
- Mannebach, Hermann (1993): High-Tech-Medizin versus Patientenorientierung: In: Badura, B; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim und München, Juventa, S. 185-190
- Mannebach, H.; Kraus, D.; Petkoff, B. (1993): Methodologie der klinischen Medizin. Voraussetzung für die Konstruktion eines medizinischen Expertensystems. In: Hucklenbroich, Peter; Toellner, Richard (Hrsg.): Künstliche Intelligenz in der Medizin. Klinisch-methodologische Aspekte medizinischer Expertensysteme. Stuttgart/ Jena/ New York, Fischer, S. 119-131
- Marbach, Eduard (1999): Zur Unterscheidung des intuitiven vom diskursiven Erkennen. In: Ausfeld-Hafter, Brigitte (Hrsg.): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Bern, Lang, S. 11-28
- Marckmann, Georg (2003): Diagnose per Computer? Eine ethische Bewertung medizinischer Expertensysteme. Köln, Deutscher Ärzte Verlag
- Maritz-Mosimann, Monika; Winzenried, Paul (1999): Ist Intuition lernbar? Intuition in der hausärztlichen Praxis. In: Ausfeld-Hafter, Brigitte (Hrsg.): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Bern, Lang, S. 29-34
- Marx, Karl 1971: Ökonomische Schriften. Dritter Band, Darmstadt
- Meier, Christoph (2001): Erwartungen an das ärztliche Gespräch- Vom Paternalismus zur dialogischen Partnerschaft. In: Dorfmueller, Monika (Hrsg.): Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch. Landsberg/ Lech, ecomed, S. 323-343
- Meyer, John W.; Rowan, Brian (1977): Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In: American Journal of Sociology, 83, S. 340-363.
- Miller, G. A. (1956): The Magical Number Seven, Plus or Minus Two: Some Limits on our Capacity for Processing Information. Psychological Review, 63, 81-97
- Moldaschl, Manfred (1994): Wissensbasierte Systeme in der Medizin. In: IfS Frankfurt a. M., INIFES Stadtbergen, ISF München SOFI Göttingen (Hrsg.): Jahrbuch Sozialwissenschaftliche Technikberichterstattung 1994. Berlin, edition sigma, S. 209-237
- Mortsiefer, Achim (1998): Der Arzt, sein Patient und das Risiko. Münster, Lit
- Müller-Kolck, U. (1993): Expertensysteme als metadiagnostische Hilfsmittel in ärztlichen Entscheidungsprozessen. In: Hucklenbroich, Peter; Toellner, Richard (Hrsg.): Künstliche In-

telligenz in der Medizin. Klinisch-methodologische Aspekte medizinischer Expertensysteme. Stuttgart/ Jena/ New York, Fischer, S. 141-159

Nager, Frank (1999): Intuition: Brücke von der Heiltechnik zur Heilkunst. In: Ausfeld-Hafter, Brigitte (Hrsg.): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Bern, Lang, S. 149-162

Neumann, Herbert A. (2006): Der Arzt, der Patient und die DRGs. In: Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.): Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel. Freiburg i. B., Herder, S. 316-341

Neuweg, Georg Hans (1999): Könnerschaft und implizites Wissen. Münster/ New York/ München/ Berlin, WaxmannNonaka, I.; Takeuchi, H.(1997): Die Organisation des Wissens. Frankfurt/ New York, Campus

Oberbeck, Herbert; Oppermann, Rainer (1994): Praxiscomputer und ambulante Medizin: Ärzte zwischen hippokratischem Eid und ökonomischen Interessen“. In: IfS Frankfurt a. M., INIFES Stadtbergen, ISF München SOFI Göttingen (Hrsg.): Jahrbuch Sozialwissenschaftliche Technikberichterstattung 1994. Berlin, edition sigma, S. 179-208

Osterloh, Falk (2010): Kommunale Krankenhäuser: Kein Auslaufmodell. In: Dtsch Arztebl 2010; 107(19): A-912 / B-802 / C-790

Otte, Rainer (1995): High-Tech-Medizin. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt

Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin, eine soziologische Analyse. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, 1958, S. 10-57

Patel, Vimla L.; Groen, Guy J. (1991): The general and specific nature of medical expertise. A critical look. In: Ericsson, K. Anders; Smith, Jacqui (Hrsg.): Towards a general Theory of Expertise. Prospects and Limits. Cambridge, University Press, S. 93-125

Patel; Vimla L.; Arocha, José F.; Kaufman, David R.: (1999): Expertise and Tacit Knowledge in Medicine. In: Sternberg, Robert J.; Horvath, Joseph A. (Hrsg.): Tacit Knowledge in Professional Practice. Researcher and Practitioner Perspectives. Mahwah/ New Jersey, London, Lawrence Earlbaum Associates, S. 75-100

Petzold, Andreas (2010): Krisengebiet Krankenhaus. Stern Nr. 36, 02.09.2010

Pfeiffer, Sabine (2004): Arbeitsvermögen. Ein Schlüssel zur Analyse (reflexiver) Informatisierung. Wiesbaden, VS

Pieper, Ulrich (2010): Logistik in Gesundheitseinrichtungen. Köln, CW Haarfeld

Polanyi, Michael (1985): Implizites Wissen. Frankfurt, Suhrkamp

Porter, Roy (2000): Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg/ Berlin, Spektrum Akademischer Verlag

Porter, Roy (2004): Geschöpft und zur Ader gelassen. Eine kleine Kulturgeschichte der Medizin. Zürich, Dörlemann

Preusker, Uwe (2008): Das deutsche Gesundheitssystem verstehen. Heidelberg, Economica

Puppe, F.; Puppe, B.; Poeck, K.; Groß, R. (1993): Über die tutorielle Nutzung medizinischer Diagnostik-Expertensysteme. In: Hucklenbroich, Peter; Toellner, Richard (Hrsg.): Künstliche Intelligenz in der Medizin. Klinisch-methodologische Aspekte medizinischer Expertensysteme. Stuttgart/ Jena/ New York, Fischer, S. 69-77

Rammert, Werner (2007): Technik- Handeln- Wissen. Zu einer pragmatistischen Technik- und Sozialtheorie. Wiesbaden, VS

Ratheiser, Klaus (2006): Dauerfeuer. Das verborgene Drama im Krankenhausalltag. Frankfurt, Suhrkamp

Reichert, Klaus (2004): Intuition – Coup de foudre der Ärzte. In: Reichert, Klaus; Hoffstadt, Christian (Hrsg.): ZeichenSprache Medizin. Semiotische Analysen und Interpretationen. Bochum/ Freiburg, projektverlag, S. 13-24

Reitman Olson, Judith; Biolsi, Kevin J. (1991): Techniques for representing expert knowledge. In: Smith, Jacqui; Ericsson, K. Anders (Hrsg.): Towards a general Theory of Expertise. Prospects and Limits. Cambridge, University Press, S. 240-285

Renkl, A.; Gruber, H.; Mandl, H.; Hinkofer, L. (1994): Hilft Wissen bei der Identifikation und Kontrolle eines komplexen ökonomischen Systems? In: Unterrichtswissenschaft, 22, S. 195-202

Rissmann, Wolfgang (1999): Der Intuitionsbegriff in der anthroposophisch erweiterten Medizin - Hinweise auf die Praxis. In: Ausfeld-Hafter, Brigitte (Hrsg.): Intuition in der Medizin. Grundfragen zur Erkenntnisgewinnung. Bern, Lang, S. 97-108

Rohde, Johann Jürgen (1962): Soziologie des Krankenhauses. Stuttgart, Enke

Rothe, H.-J.; Schindler, M. (1996): Expertise und Wissen. In: Gruber, H.; Ziegler, A. (Hrsg.): Expertiseforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag 1996, S. 35-58

Rothschuh, Karl Eduard (1978): Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart, Hippokrates

Rudolf, Heinrich (1993): Vom Bilden der Erfahrung und der Erfahrung mit Bildern. Theoretische Grundlegung einer arbeits- und organisationspsychologischen Analyse komplexer mentaler Tätigkeit am Beispiel der radiologischen Diagnostik. Frankfurt a. M., Lang

Rürup, Bert; Albrecht, Martin; Igel, Christian; Häussler, Bertram (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin

Schachtner, Christina (1999): Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher. Frankfurt, Suhrkamp

Schaik, van P.; Flynn, D.; Van Wersch, A.; Douglas, A.; Cann, P. (2005): Influence of Illness Script Components and Medical Practice on Medical Decision Making. In: *Journal of Experimental Psychology: Applied*. Vol.11, No.3, S. 187-199

Schipperges, Heinrich; Seidler, Eduard; Unschuld, Paul (1978): *Krankheit, Heilkunst und Heilung*. Freiburg/ München, Alber

Schipperges, Heinrich (1982): *Der Arzt von morgen. Von der Heiltechnik zur Heilkunde*. Berlin, Severin und Siedler

Schmidt, Henk G.; Boshuizen, Henny P.A. (1993): On Acquiring Expertise in Medicine. In: *Educational Psychology Review*, Vol. 5, No.3, 1993, S. 205-221

Schmidt, H.; Boshuizen, H.; Custers, E. (1998): The Role of Illness Scripts in the Development of Medical Diagnostic Expertise. In: *Cognition and Construction*, 16 (4), S. 367-398

Schmidt, H.; Rikers, R.; Boshuizen, H. (2002): On the Constraints of Encapsulated Knowledge: Clinical Case Representations by Medical Experts and Subexperts. In: *Cognition and Construction*, 20 (1), S. 27-45

Schmitz, Hermann (1989): *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Paderborn, Junfermann

Schölmerich, Paul (1988): *Wandel im Selbstverständnis der Medizin*. Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Mainz, S. 4-24

Schölmerich, Paul (1990): *Ärztliches Handeln im Grenzbereich von Leben und Sterben- aus medizinischer Sicht*. In: Rheinisch-Westfälische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.): 6. Akademieforum: *Arzt und Patient im Spannungsfeld. Natur – technische Möglichkeiten – Rechtsauffassungen*. Opladen, Westdeutscher Verlag, S. 66-75

Schölmerich, Paul (1997): *Standardisierung in der Medizin*. In: Becker, Volker (Hrsg.): *Medizin im Wandel*. Berlin/ Heidelberg, Springer, S. 91-99

Schön, Donald A. (1983): *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. New York, Basic Books

Schott, Thomas (1993): *Patienten(re)orientierung: Elemente einer Standortbestimmung*. In: Badura, B; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hrsg.): *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung*. Weinheim und München, Juventa, S. 254-269

Schubert, Cornelius (2006): *Die Praxis der Apparatedizin*. Frankfurt/ New York, Campus

Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.) (2006): *Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel*. Freiburg i. B., Herder

Sevsay-Tegethoff, Nese (2007): *Bildung und anderes Wissen Zur „neuen“ Thematisierung von Erfahrungswissen in der beruflichen Bildung*. Wiesbaden, VS

Shorter, Edward (1991): *Das Arzt-Patient-Verhältnis in der Geschichte und heute*. Wien, Picus

- Siegrist, Johannes (1978): Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart, Enke
- Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie. München, Elsevier
- Siering, U./ Bergner, E./ Staender, J. (2001): Richten sich Ärzte nach Leitlinien? Vortrag auf der Gemeinsamen Wissenschaftlichen Jahrestagung der DGSM und der DGMS in Bielefeld am 21.9. 01.
- Silomon, Hero (1983): Technologie in der Medizin. Folgen und Probleme. Hippokrates, Stuttgart
- Sing, Andreas (2007): Email- Beratung als authentischer Bestandteil des spezifischen Kommunikationsbereichs zwischen Arzt und Patient? Eine Analyse aus medizinsoziologischer Sicht. Diss. Universität Augsburg
- Sombre de, Steffen; Mieg, Harald (2003): Professionelles Handeln aus der Perspektive einer kognitiven Professionssoziologie. In: Pfadenhauer, Michaela (Hrsg.): Professionelles Handeln. Wiesbaden, VS, S. 55-68
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Statistisches Jahrbuch 2009. Für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.
- Steiner, Rudolf (1901): Goethe und die Medizin. In: Wiener klinische Rundschau, 15. Jg., Nr. 2, 13. Jan 1901, GA 30, S. 580-588)
- Sternberg, Robert J. (1999): What Do We Know About Tacit Knowledge? Making the Tacit Become Explicit. In: Sternberg, Robert J.; Horvath, Joseph A. (Hrsg.): Tacit Knowledge in Professional Practice. Researcher and Practitioner Perspectives. Mahwah/ New Jersey, London, Lawrence Earlbaum Associates, S. 230-236
- Stollberg, Gunnar (2001): Medizinsoziologie. Bielefeld, Transcript
- Stoller, Silvia (1995): Wahrnehmung bei Merleau-Ponty. Studie zur Phänomenologie der Wahrnehmung. Frankfurt a. M., Lang
- Straub, Silvia (2002): Gesundheitsökonomie und Gesundheitssysteme. Das Krankenhaus verstehen. Stuttgart, CIP
- Strauss, A.; Ehrlich D.; Bucher, R.; Sabshin, M.. (1963): The Hospital and its Negotiated Order. In: Freidson, Eliot (Hrsg.): The Hospital in Modern Society. London, Free Press, S.147-169.
- Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (1996): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim, Beltz
- Strübing, Jörg (2002): Just do it? Zum Konzept der Herstellung und Sicherung von Qualität in grounded-theory basierten Forschungsarbeiten. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 54, Heft 2, S. 318-342
- Suchman, Lucy (1987): Plans and situated actions: The problem of human-machine communication. New York, Cambridge University Press

- Tautz, Frederik (2002): E-Health und die Folgen. Wie das Internet die Arzt-Patient-Beziehung und das Gesundheitssystem verändert. Frankfurt/ New York, Campus
- Telgheder, Maik (2009): Asklepios: Durch Übernahmen zum Marktführer. In: Handelsblatt vom 16.3. 2009.
(www.handelsblatt.com/unternehmen/handel-dienstleister/asklepios-durch-uebernahmen-zum-marktfuehrer/3135496.html), zuletzt gesehen am 19.08.2011
- Troschke, Jürgen von (2004): Die Kunst ein guter Arzt zu werden. Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle, Huber
- Unschuld, Paul (2009): Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin. München, Beck
- Uzarewicz, C.; Uzarewicz M. (2001): Transkulturalität und Leiblichkeit in der Pflege. *Intensiv (-Journal)*, 9, S. 168-175
- 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. In: *Zeitschrift für Soziologie*. Jg. 31, Heft 4, S. 294-315
- Vogd, Werner (2004a): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ-rekonstruktive Studie unter dem Blickwinkel von Rahmen (frames) und Rahmungsprozessen. Berlin, VWF
- Vogd, Werner (2004b): Evidence-based Medicine und Leitlinienmedizin. Feindliche Übernahme durch die Ökonomie oder wissenschaftliche Professionalisierung der Medizin. In: *MMW-Fortschritte der Medizin-Originalien* Nr.1/2004, 146, S.11-14
- Volpert, Walter: (2003): Wie wir handeln- was wir können. Ein Disput als Einführung in die Handlungspsychologie. Sottrum, artefact
- Wagner, Gerald (1995): Die Modernisierung der modernen Medizin. Die „epistemologische Krise“ der Intensivmedizin als ein Beispiel reflexiver Verwissenschaftlichung. In: *Soziale Welt*, 46. Jg., Heft 3, S. 266-281
- Weber, Manfred (2006): Das Arzt- Patient- Verhältnis aus der Sicht des Internisten. In: Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard (Hrsg.): *Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel*. Freiburg i. B., Herder, S. 257-272
- Weibler, Jürgen; Küpers, Wendelin: Intelligente Entscheidungen in Organisationen. Zum Verhältnis von Kognition, Emotion und Intuition. In: Bortfeldt, Andreas; Homberger, Jörg; Kopfer, Herbert; Pankratz, Giselher; Strangmeier, Reinhard (2008): *Intelligente Entscheidungsunterstützung. Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze*. Gabler, Wiesbaden, S. 457-474
- Wehrich, Margit; Dunkel, Wolfgang (2003): Abstimmungsprobleme in Dienstleistungsbeziehungen. Ein handlungstheoretischer Zugang. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Jg. 55, Heft 4, S. 758-781.

- Weishaupt, Sabine (1994): Körperbilder und Medizintechnik- Die Verwissenschaftlichung der Medizin und ihre Grenzen. In: IfS Frankfurt a. M., INIFES Stadtbergen, ISF München SOFI Göttingen (Hrsg.): Jahrbuch Sozialwissenschaftliche Technikberichterstattung 1994. Berlin, edition sigma, S. 239-262
- Weishaupt, Sabine (2006): Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege- die Interaktion mit dem Körper. In: Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden, VS, S. 85-106
- Weishaupt, Sabine; Hösl, Gabriele; Bolte, Annegret; Iwer, Frank. (2006): Subjektivierendes Arbeitshandeln des Produktmanagers. In: Böhle, Fritz; Glaser, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden, VS, S. 177-191
- Wengenroth, Ulrich (1997): Zur Differenz von Wissenschaft und Technik. In: Bieber, Daniel (Hrsg.): Technikentwicklung und Industriearbeit. Frankfurt/ New York, Campus, S. 141-151
- Wettreck, Rainer (1999): Arzt sein – Mensch bleiben. Eine Qualitative Psychologie des Handelns und Erlebens in der modernen Medizin. Münster, Lit
- Wieland, Wolfgang (1975/2004): Diagnose. Überlegungen zur Medizinthorie. Warendorf, Verlag Johannes G. Hoof
- Wilken, Monika (2010): Arzt und Patient. Die Dienstleistung zwischen Hausarzt und Patient im deutschen Gesundheitssystem – eine handlungsfundierte Institutionenanalyse. München und Mering, Hampp
- Winograd, Terry; Flores, Fernando (1989): Erkenntnis, Maschinen, Verstehen. Zur Neugestaltung von Computersystemen. Berlin, Rotbuch
- Woratschka, Rainer (2008): Immer mehr Kliniken werden privat. In: Tagesspiegel vom 22.3.2008. (<http://www.tagesspiegel.de/politik/immer-mehr-kliniken-werden-privat/1193676.html>) zuletzt gesehen am 3.11.2010
- Zimmermann, Doris A. (2011): Ökonomisierung und Privatisierung im bayerischen Gesundheitswesen. Mythen als Legitimationsmuster. Friedrich-Ebert-Stiftung
- Zimmermann, Rebecca (2010): Sana Kliniken gewinnt Marktanteile. In Handelsblatt vom 04.03.2010. (www.handelsblatt.com/unternehmen/handel-dienstleister/sana-kliniken-gewinnt-marktanteile/3382892.html), zuletzt gesehen am 19.08.2011
- Zumbach, J.; Haider, K.; Mandl, H. (2007): Fallbasiertes Lernen: Theoretischer Hintergrund und praktische Anwendung. In: Pädagogische Psychologie in Theorie und Praxis. Ein Fallbasiertes Lehrbuch. Göttingen, Hogrefe, S. 1-11