

THOMAS LOER

## STANDARDISIERUNG UND FALLORIENTIERUNG IN DER ARZT/PATIENT-INTERAKTION IM KRANKENHAUS – KONZEPTUALISIERUNG UND EXEMPLARISCHE ANALYSE\*

*Ulrich Oevermann, dem verehrten  
Forscher und Lehrer, zum 70. Geburtstag*

### Vorbemerkung

Wer von Ökonomie spricht, kann von Standardisierung nicht schweigen. Ökonomisches Handeln wird immer dort gefordert, wo die möglichst effiziente Verwendung der benötigten und zur Verfügung stehenden Mittel für ein vorgegebenes Ziel gemeint ist.<sup>1</sup> Controlling ist die Fachsparte der Betriebswirtschaftslehre, die sich diesem Verhältnis von Aufwand und Ertrag mit dem Ziel widmet, eine möglichst große Differenz durch Minimierung des Aufwands sicherzustellen. Controlling bedarf zur Erfüllung seiner der Aufgabe der Kennzahlen. Auf Kennzahlen bringen lässt sich, was in Relation zu Standards gemessen werden kann. Effizienz ist somit auf Standards angewiesen.

In der Medizin – nicht unbedingt in der Sozialmedizin, wofern wird diese Bezeichnung für gesundheitspolitische Maßnahmen der Prävention, Rehabilitation und Beratung (s. Pschyrembel 2007: 1796) gelten lassen wollen, aber jedenfalls „in der kurativen Individualmedizin“ (vgl. Wieland 1986: 82) – haben wir es eben mit Individuen zu tun. Der Umgang mit ihnen als mit je besonderen Fällen steht der Sache nach offensichtlich in Spannung zu jedweder Bezugnahme auf Standards.

---

\* Für seine gewohnt sorgfältige Kommentierung einer früheren Fassung dieses Aufsatzes danke ich Sascha Liebermann (Witten); ebenfalls für sehr hilfreiche Anmerkungen danke ich Matthias Kettner (Witten/Zürich), Claudia Scheid (Potsdam/Bern), Elisabeth Flitner (Potsdam), Ute Luise Fischer (Dortmund) und Henrik Cohnen (Witten).

<sup>1</sup> Dass die Effizienz prüfende Rechnungswesen nur einen Aspekt wirtschaftlichen Handelns darstellt, der ohne sein Komplement: die schöpferische unternehmerische Tätigkeit, gar keinen Gegenstand hätte, darauf hat vor allem Schumpeter (1928, 1934) hingewiesen (vgl. Loer 2006a).

Wenn nun Medizin zunehmend dem ökonomisch unerlässlichen Imperativ der Effizienz unterworfen wird, wird der bereits gegebenen Spannung zwischen Standardisierung und Fallorientierung in besonderer Weise Gewicht verliehen: Das Problem der Standardisierung gehört zentral zum Thema der Ökonomie in der Medizin.

## Ausgangsüberlegungen

„When the sociologist studies medicine, he is studying *work*.“ – So führte vor über 50 Jahren der amerikanische Soziologe Oswald Hall in seinen Überblick über die soziologische Forschung im Feld der Medizin ein (1951: 639). Wenn auch die Engführung, die sich mit der apodiktischen Aussage verbindet, nicht aufrechtzuerhalten ist (vgl. hierzu auch bereits Rohde 1962: 22f.), so ist doch nach wie vor die Ernüchterung, die darin liegt, von der konkreten Tätigkeit auszugehen, hilfreich bei der Untersuchung des Gegenstandes ‚Medizin‘, was für die Wissenschaft der Soziologie immer heißt: des Gegenstandes ‚medizinische Praxis‘.<sup>2</sup> Gleichzeitig ist es – ohne hier im Detail auf die für diesen Ausgangspunkt erforderliche Bestimmung von Arbeit einzugehen – natürlich entscheidend, den spezifischen Typus von Arbeit, der in der Medizin vorliegt, herauszupräparieren.

Der Ausgang von medizinischem Handeln als Arbeit erlaubt es aber – besonders unter dem hier interessierenden Gesichtspunkt der Relevanz von Standardisierung<sup>3</sup> –, zunächst einmal allgemeine Bestimmungen vorzunehmen, um vor deren Hintergrund die Besonderheit des medizinischen Handlungsfeldes anschaulich werden zu lassen.

Einen Anstoß zu dieser Ausgangsüberlegung gab die folgende, bezüglich anderer Arbeitsverhältnisse gemachte Beobachtung: Das Unternehmen 3M war immer bekannt als ein sehr innovatives Unternehmen<sup>4</sup> und wurde in der ‚Boston Consulting Group’s Most Innovative Companies List‘ auf Platz 1 geführt (Hindo 2007: 3). Als jedoch Kostenprobleme auftauchten und der Aktienkurs zu sinken begann, wurde ein neuer Vorstandsvorsitzender geholt. Die-

---

<sup>2</sup> Wenn Soziologen von ‚Praxis‘ sprechen, so ist dies zunächst einmal in allgemeinem Sinn zu verstehen als Handlungszusammenhang, in den mindestens eine Entscheidungsinstanz, sei sie individuell, sei sie kollektiv, eingebunden ist. Dass die ärztlichen Behandlungsräume auch Praxis heißen, ist durchaus davon abzuleiten: Hier werden für den Patienten zentrale Entscheidungen gefällt, zumindest zentral vorbereitet. – Vgl. u., Fn. 21.

<sup>3</sup> Standardisierung meint hier zunächst einmal allgemein die Bestimmung des Arbeitsvollzugs durch vom jeweils besonderen Handlungsproblem unabhängigen Vorgaben.

<sup>4</sup> Es diente als ein Paradebeispiel der „visionary companies“, die von James C. Collins und Jerry I. Porras untersucht wurden (1994).

ser, James McNerney, kam von General Electric und war dort Musterschüler des erfolgreichen CEO Jack Welch. Welch hatte in den 1990er Jahren bei General Electric das Managementsystem ‚Six Sigma‘ eingeführt, ein auf statistischen Messverfahren beruhendes System der ‚Qualitätssicherung‘, das dazu dient, gezielt die Fehlerquote in allen Bereichen eines Unternehmens zu kontrollieren, so dass sie gegen Null geführt werden kann. Dieses stark mit der Standardisierung von Prozessen, entsprechenden Kennzahlen usw. arbeitende System wurde von McNerney auch bei 3M eingeführt, was zur Folge hatte, dass das Unternehmen die Kosten gut in den Griff bekam und die Aktienwerte wieder anstiegen. Eine weitere, unerwartete und nicht erwünschte Folge dieser Standardisierung war aber, dass neben den Kosten auch die Innovativität stark zurückging.<sup>5</sup> Da jedoch die Geschäftstätigkeit von 3M letztlich auf Innovativität gründete, drohte dem Unternehmen durch Standardisierung der Verlust seiner ‚Kernkompetenz‘. Um nun diesem ernststen Problem zu begegnen, wurde schließlich erneut der Vorstandsvorsitzende ausgetauscht. Der neue CEO, George Buckley, der aus dem Ingenieurbereich stammt, erkannte, dass das auf die Reduktion von Variation ausgerichtete Verfahren ‚Six Sigma‘ den Erfindergeist erstickt: „Invention is by its very nature a disorderly process“ (Hindo 2007: 1). Buckley's Maßnahmen zur Rettung der Innovativität waren erfolgreich; allerdings drohte das Kostenproblem wiederzukehren.<sup>6</sup>

Wenn man dieses Auf und Ab erklären möchte und zu verstehen sucht, warum es nicht vermieden wird, dann muss man sich fragen, was beide Strategien, die der Standardisierung durch ‚Six Sigma‘ und die der Innovationsbeförderung durch Zugestehen von Unordnung, von kreativem Chaos, gemeinsam haben. Man muss annehmen, dass beide mit der Überzeugung eingeführt wurden, dass sie für *alle* Bereiche das Beste seien. Zumindest wurde im Bereich der Kreativen 15 % der Arbeitszeit zu Verfügung gestellt ohne jegliche Kontrolle, also ohne dass man irgendeinen ‚output‘ vorweisen musste (Hindo 2007: 2), und das wurde zum Prinzip des *ganzen* Unternehmens gemacht; ein neuer CEO hat dann ‚Six Sigma‘ in *allen* Bereichen des Unternehmens eingeführt und damit die Kreativität erstickt; schließlich kehrte der nächste CEO zum Kreativitätsprogramm für *alle* zurück.

Wie hätte man diesen komplementären Fehlern, die für den jeweils anderen die Korrektur zu sein beanspruchten, begegnen können? So gefragt, liegt es auf der Hand, dass die mit ‚Six Sigma‘ verbundene Standardisierung nur in dem Bereich hätte durchgeführt werden dürfen und müssen, in dem die Standardisierung *der Sache nach sinnvoll* ist; umgekehrt dürfte und müsste der

---

<sup>5</sup> Im Jahr 2007 war 3M auf Platz 7 der Liste der innovativsten Unternehmen zurückgefallen (Hindo 2007: 3, Business Week 2007).

<sup>6</sup> Dies ist der Grund dafür, dass es Buckley nicht gelang, 3M wieder auf den alten Rang auf der BusinessWeek-BCG-Liste zu heben; vielmehr rutschte 3M hier weiter ab: auf Rang 22 (Business Week 2008), auf Rang 41 (Business Week 2009). Bei der Einschätzung dieses Rankings ist die geänderte Berechnung zu berücksichtigen, in die neue finanzielle Faktoren eingehen (Business Week 2008).

Strategie der Förderung des ungebundenen Verfolgens von Ideen auch nur in jenen Bereichen gefolgt werden, in denen es um Innovationen geht. Verallgemeinert gesprochen heißt dies, dass man die *Eigengesetzlichkeit* der Bereiche bestimmen muss, bevor man in ihnen agiert, bevor man etwa, wie in diesem Beispiel, bestimmte Managementmethoden einführt. Die Eigengesetzlichkeit eines Arbeitsbereichs ihrerseits ist als Systematisierung der Bearbeitung des für den jeweiligen Bereich *konstitutiven Handlungsproblems* zu fassen.

## Fragen zur Standardisierung im Krankenhaus

Diese Erkenntnis kann nun über Unternehmen hinaus generell auf Organisationen erweitert werden, in denen Prozesse optimiert werden sollen. Angesichts der beobachtbaren Entwicklung zunehmender Standardisierung der Abläufe in Krankenhäusern – sei es zu Zwecken der Automatisierung und des computergestützten Berichtswesens, sei es zum Zwecke der ökonomischen Effizienzsteigerung, sei es zum Zwecke der administrativen Kontrolle von Behandlungsweisen – stellt sich die Frage, ob sich aus diesen Überlegungen Schlüsse auch auf die in Krankenhäuser betriebenen Umgestaltungen ziehen lassen. Die Bemühungen um Standardisierung werden in den Krankenhäusern zum Teil recht kritisch gesehen, zum Teil für die Lösung der Probleme von Ineffizienz und Kostenexplosion gehalten. Prima vista jedenfalls könnte angenommen werden, dass man auch hier nicht bereichsspezifisch prüfte, ob eine Standardisierung den dort vollzogenen Arbeitsabläufen angemessen ist und deren Eigengesetzlichkeit unterstützt oder ob sie unter Umständen Folgen hat, die nicht nur unbeabsichtigt sind, sondern sogar der Absicht zuwiderlaufen und die Lösung des konstitutiven Handlungsproblems erschweren oder gar unmöglich machen. Dies würde nicht nur erklären können, warum die konträren Positionen sich in ihrer Gegensätzlichkeit festgefahren haben; es könnte auch unter Umständen praktische Konsequenzen für eine angemessenere Strategie der Verbesserung der Arbeitsabläufe haben.

Es ist also zu fragen, ob und gegebenenfalls wie die Standardisierung im Krankenhaus auch in Bereiche eingreift, in denen Standardisierung unangemessen ist, oder ob die Standardisierung in den standardisierbaren Bereichen vorangetrieben wird, so dass sie im Dienste derjenigen Bereiche steht, die sich der Sache nach nicht standardisieren lassen – wenn es denn im Krankenhaus solche Bereiche gibt.

## Das Krankenhaus – eine soziologische Skizze

### Überlegungen zum Kern des Krankenhauses

Um dieser Frage nachzugehen, ist nicht nur zu betrachten, welche Bereiche es in einem Krankenhaus gibt und wie sie betroffen sind. Vielmehr muss man, um nicht empiristisch schlicht das Gegebene zu reproduzieren, vorweg unvoreingenommen klar machen, was für ein soziales Phänomen ein Krankenhaus ist. Dieser Frage soll hier gedankenexperimentell nachgegangen werden.

Aspekte, die man mit der Organisation Krankenhaus verbindet, sind im wesentlichen: medizinische Versorgung, Pflege, Verwaltung.<sup>7</sup>

Wenn man sich nun überlegt, ob es Krankenhäuser *ohne Verwaltung* geben kann, so ist dies schwer vorstellbar, aber nicht undenkbar; letztlich würde man bei einem Krankenhaus ohne Verwaltung vielleicht von einem schlecht organisierten Krankenhaus sprechen, aber doch immer noch von einem Krankenhaus.<sup>8</sup>

Sich ein Krankenhaus *ohne Pflege* vorzustellen, ist noch schwieriger, zumal es historisch eher so ist, dass aus der Pflege von ermatteten und erkrankten Pilgern und Kreuzfahrer sowie von Armen und Alten das Spitalwesen hervorgegangen ist (vgl. Schipperges 1985: 215-233) und dass aus dem Erfordernis der medizinischen Versorgung in bereits bestehenden Hospitälern Ärzte hinzugezogen und angestellt wurden.<sup>9</sup> Damit ist aber auch deutlich, dass die Pflege eine substitutive Funktion hat und nur dort erforderlich ist, wo der zu Pflegende selbst seine alltäglichen Bedürfnisse nicht befriedigen kann oder darf – sei es, weil er ermattet, arm oder alt ist, sei es, weil er krank ist.<sup>10</sup> Pflege ist also nicht nur im Krankenhaus erforderlich und entsprechend haben sich andere Pflegeeinrichtungen – etwa Altenheime, Armenhäuser und Hospize – aus den Hospitälern ausdifferenziert (Schipperges 1985: 232). Pflege im Krankenhaus ist Pflege von Kranken, die dort medizinisch versorgt werden und aufgrund

---

<sup>7</sup> Die Differenz zwischen Tätigkeiten und entsprechenden Berufsgruppen, die diese ausüben, wird hier der anschaulichen Kürze halber vernachlässigt.

<sup>8</sup> Heinrich Schipperges verweist darauf, dass die Entwicklung der Spitäler „eine ständig wachsende innere Organisation und eine immer komplizierter werdende äußere Verwaltung erforderlich machten.“ (1985: 230) – Die Verwaltung stand also auch historisch im Dienste der Versorgung, nicht etwa umgekehrt.

<sup>9</sup> Für das Hospital in Jerusalem zitiert Heinrich Schipperges eine Festlegung des Generalkapitels von 1182, „daß für die Kranken des Hospitals in Jerusalem vier kundige Ärzte angestellt werden, welche die Eigenarten des Harns und die verschiedenen Krankheiten zu unterscheiden verstehen und dafür Heilmittel verabreichen können.“ (a. a. O.: 224f.)

<sup>10</sup> „Nursing is a helping service.“ The nurse must „do something that another person cannot do, must not do, or prefers not to do [on her own]“ (Orem 1980: 56).

krankheitsbedingter Einschränkung<sup>11</sup> sich nicht selbst versorgen können. Krankenhäuser ohne Pflege sind somit zwar schwer vorstellbar, aber ebenfalls nicht gänzlich undenkbar; in der Regel würden sie, gäbe es sie, als inhumane Krankenhäuser gelten.<sup>12</sup>

Aus den Überlegungen zur Pflege wurde nun schon deutlich, dass man ein Krankenhaus *ohne medizinische Versorgung* nicht mehr Krankenhaus nennen kann. Wenn in einer solchen Einrichtung ohne eine oder mit allenfalls ergänzender Versorgung durch Ärzte die Pflege dominierte, so könnte man in obigem Sinne sagen, dass es sich um ein Pflegeheim handelt; wenn die Verwaltung dominierte, dann könnte man es vielleicht mit einer der Isolation von Infektiosen dienenden Anstalt verwechseln; von einem Krankenhaus könnte man nicht mehr sprechen.

Diese Überlegungen deuten darauf hin, dass die medizinische Versorgung den Kern der Organisation Krankenhaus ausmacht. Diese Bestimmung des Kerns der Organisation muss folglich den Ausgangspunkt für die Suche nach Organisationsprinzipien für diese Einrichtung bilden. Auch für Fragen der Organisationsethik wäre entscheidend, dass man diesen konstitutiven Kern der Organisation expliziert. Erst im Anschluss daran lässt sich dann klarmachen, was in der Organisation im Dienste dieses Zweckes steht und was ihm widerspricht. Organisationsethik hätte also dann anzusetzen an Überlegungen, wie die Durchsetzung dieses konstitutiven Zwecks befördert werden kann und welche Formen des Austarierens mit anderen Zwecken hier erforderlich und möglich sind.<sup>13</sup>

Wie lässt sich nun der *Kern der Organisation Krankenhaus* näher bestimmen? Was heißt medizinische Versorgung? Um diese Frage zu beantworten, ist zunächst zu klären, wann medizinische Versorgung erforderlich ist. Eine Überlegung von Hans-Georg Gadamer ist hier hilfreich: „Gesundheit ist nicht etwas, das sich als solches bei der Untersuchung zeigt, sondern etwas, das gerade dadurch ist, daß es sich entzieht.“ (Gadamer 1990: 126)<sup>14</sup> Diese einfache Überlegung knüpft an unsere Alltagserfahrung an: Wenn wir gesund sind, reden wir nicht darüber. Immer dann aber, wenn sich die Gesundheit, wie Ga-

<sup>11</sup> Mittelbar krankheitsbedingt ist die Einschränkung, die mit der Unterbringung im Krankenhaus verbunden ist und unmittelbar aus organisatorischen Zwängen erwächst (etwa sich selbst Essen zu kochen o. ä.).

<sup>12</sup> Unter speziellen Bedingungen bestimmter Kliniken aber wäre die Ermöglichung von Selbstversorgung durchaus auch im Sinne der Autonomierhaltung der Patienten. So berichtete etwa der leitende Arzt der EOS Klinik in Münster, Markus Pawelzik, auf der Berliner Tagung gesprächsweise davon, dass in seiner Einrichtung Patienten ermuntert oder gar angehalten werden, auch solche Verrichtungen wie Kochen oder Reinigen, die sonst aus organisatorischen Gründen von dafür eingestelltem Personal oder entsprechenden Diensten durchgeführt werden, selbst vorzunehmen. Darin zeigt sich die Einsicht, dass mittelbar krankheitsbedingte Pflege der Autonomieerhaltung bzw. -wiedergewinnung (s. u.) abträglich sein kann.

<sup>13</sup> Ethische Fragen thematisieren, über Organisationsethik hinausgreifend, natürlich auch den konstitutiven Zweck und seine normativen Implikationen.

<sup>14</sup> Vgl. die bekannte Formel von René Leriche: „La santé, c’est le silence des organes“ (1936: 16).

damer sagt, entzieht, wird sie zum Thema. Medizinische Versorgung ist nur erforderlich, wenn die Gesundheit zum Thema wird, also wenn wir krank sind.

### Krankheit – eine soziologische Annäherung

Worin aber besteht Krankheit? Gadamer hält phänomenologisch fest: „Der Kranke erfährt seine Krankheit darin, daß ihm etwas fehlt.“ (1964: 74). Aber, so fragt er zu Recht: „Welchen Aufschluß gibt eigentlich dies, daß einem etwas fehlt, über das, was fehlt?“ (ebd.) Genau diese Lage begründet die Notwendigkeit zum Arzt zu gehen; der Arzt ist es, der, „daß einem etwas fehlt“, stellvertretend auf das hin deuten kann, „was fehlt“.

Dabei ist festzuhalten, dass dieser Aspekt über das hinausgeht, was man gemeinhin zunächst mit der ärztlichen Profession verbindet: dass dort Expertenwissen mit einer gewissen Anwendungstechnik verknüpft vorliegt. Die Deutung des Symptoms auf das hin, „was fehlt“, bedarf einer von der je besonderen Person und ihrer Lebensgeschichte ausgehenden Anamnese, für die Fallverstehen unabdingbar ist.

Der Patient kommt normalerweise eben genau mit solchen Formulierungen: „mir fehlt etwas, mir tut da etwas weh“, zum Arzt. Auch wenn sich das heute teilweise zu ändern scheint, weil man sich, bevor man zum Arzt geht, die Diagnose schon im Internet selbst zusammenstellen kann (vgl. Rychner 2006: 79ff., Loer 2008: 390), so ist es doch grundsätzlich immer noch so, dass der Patient letztlich nicht genau weiß, was ihm fehlt. Viktor von Weizsäcker hat in einem aufschlussreichen Aufsatz an dieser Problematik angesetzt:

„Es kommt nicht ganz selten vor, daß ein Bauer zum Doktor kommt und nicht zum Arzt. Es tut ihm ‚da im Leibe‘ weh; er will wissen, ‚was das eigentlich ist‘. Er fragt gar nicht, was man dagegen tun soll, sondern nur, was es zu bedeuten hat. Der junge Doktor untersucht seinen Leib und die anderen Organe, aber er findet nichts. Er ist unerfahren; so sagt er dem Bauern: ‚Es ist nichts da.‘ Dieser geht mit vertieftem Zweifel fort. [...] Wie will der Bauer finden, was ihm weh tut? In ihm war der Drang zu wissen, ‚was es sei‘, tatsächlich noch stärker als der Drang, den Schmerz loszuwerden. Das ist von Bedeutung; aber der Doktor hat nicht verstanden, was es bedeutet.“ (von Weizsäcker 1928: 48)

Mit der Unterscheidung zwischen Arzt und Doktor markiert von Weizsäcker eine Differenz in der Betrachtung der Krankheit. Der Bauer kommt zum Arzt und sagt, er habe da irgendwelche Schmerzen, und der Doktor untersucht ihn mit allen diagnostischen Mitteln einer naturwissenschaftlich informierten Medizin, stellt keine Abweichungen von deren Standards fest und sagt folglich: „Da ist nichts.“ Er schickt daraufhin den Patienten wieder weg. Von Weizsäcker beschreibt in der Folge die Leidensgeschichte dieses Patienten. Auch wenn man rasch erkennt, dass es sich um eine fingierte Geschichte handelt, so ist sie doch gut erfunden. Von Weizsäcker macht deutlich, wie sich das Leiden immer mehr steigert, und er weist darauf hin, dass der Arzt unter Umständen,

wenn er als Arzt reagiert hätte, diesen Steigerungszirkel hätte vermeiden können. Wenn er am Anfang diesen Patienten als eben diesen besonderen Patienten untersucht, seinen Leidensdruck ernstgenommen und sein Leiden als aus seiner Lebensgeschichte hervorgegangen betrachtet hätte, so wäre er darauf gestoßen, dass bei dem Bauern in einer Landstreitigkeit, die Anlass seiner Beschwerden war, ein alter Konflikt des Patienten mit seinem Vater reaktiviert wurde, der vermutlich Grund der Erkrankung war; auf diese Weise hätte der Arzt, in einer ganzheitlichen Deutung einen Ansatzpunkt für eine wenig invasive Therapie finden können – statt der chirurgischen Eingriffe, die später nötig wurden (vgl. a. a. O.: 50).

Da die Medizin es mit der Behandlung von Menschen zu tun und die Gattung Mensch Individuen ausgeprägt hat und nicht Exemplare, wie dies bei den nicht-humanen Gattungen der Fall ist, und da folglich diese Individuierung in Form der je besonderen Lebensgeschichte in der Arzt/Patient-Beziehung Berücksichtigung erfahren muss, genügt ein Abgleich mit auf biologischen Gesetzmäßigkeiten beruhenden Standards nicht. Der Mensch hat nicht lediglich einen Körper, er ist Leib als der lebensgeschichtlich emergierten und emergierenden Mitte seiner Individualität (vgl. Plessner 1981: 367f.). Den Leib zu behandeln bedeutet stets, mit einem Individuum zu interagieren, nicht lediglich ein Objekt zu manipulieren.

Wenn auf die angedeutete Weise eine Deutung vorgenommen, eine Therapie entworfen wurde – was ist das Ziel dieser Behandlung? „Bleibt doch das oberste Ziel, wieder gesund zu werden und damit zu vergessen, daß man gesund ist.“ (Gadamer 1993a: 7)<sup>15</sup>

Wie kann man nun Krankheit genauer fassen? Zunächst einmal ist mit Wolfgang Wieland festzuhalten, dass „der Krankheitsbegriff [...] zur Klasse der praktischen normativen Begriffe [gehört]. [...] Jeder Krankheitsbegriff hat daher zunächst einmal die Funktion, natürliche Lebensvorgänge, deren Veränderung erlaubt oder sogar geboten ist, als solche zu kennzeichnen.“ (Wieland 1986: 38f.) Allerdings stellt sich damit die Frage nach dem Maßstab des Erlaubten bzw. Gebotenen. Wieland fasst es wie folgt:

„Krank ist ein Organismus also jedenfalls dann, wenn er bestimmte Leistungen, die von ihm verlangt werden, entweder gar nicht oder nicht ohne Hilfe erbringen

<sup>15</sup> Angesichts der Tatsache, dass Gesundheit heute als ein sehr hohes Ziel gilt, angesichts der Erwartungen, immer auch positiv auszuweisen, dass man gesund ist, wobei man das Vorliegen von Gesundheit an vorgegebenen Messwerten – etwa dem sogenannten Body-Mass-Index – festmacht, erscheint die hier bei Gadamer zum Ausdruck gebrachte Haltung altertümlich. Die Reduktion des Lebendigen auf Messbares, die in der positiven Bestimmung von Gesundheit liegt, wird von Theodor W. Adorno und Max Horkheimer als Moment der Dialektik der Aufklärung aufgewiesen, der etwa die in der jüdischen Tradition vermittelte Scheu entgegenstehe, „einen Menschen mit dem Meterstab zu messen, weil man die Toten messe – für den Sarg. Das ist es, woran die Manipulatoren des Körpers ihre Freude haben. Sie messen den anderen, ohne es zu wissen, mit dem Blick des Sargmachers.“ (Horkheimer/Adorno 1944: 280; vgl. Rychner 2006: 135) Maßnahmen ist dann angemessen, wenn die Behandlung nicht mehr zum Ziel führen kann.

kann und wenn dieser Zustand deswegen ein eingreifendes Handeln erfordert oder wünschbar macht. Ein Krankheitsbegriff, der dieses Merkmal enthält, ist offenkundig von Hause aus ein praktischer Begriff, also ein Begriff, mit dessen Hilfe nicht Sachverhalte konstatiert, sondern Forderungen legitimiert und Handlungen gerechtfertigt werden.“ (Wieland 1986: 40)

Aber auch hier wird der anfangs benannte Maßstab: Funktionalität, erneut auf Erforderlichkeit und Wünschbarkeit des Funktionierens, des Abverlangten bezogen, die ihrerseits einen Bezugspunkt benötigen.

Ulrich Oevermann hat eine Bestimmung vorgeschlagen, die den erforderlichen Bezugspunkt benennt und die im Rahmen einer professionssoziologischen Analyse des ärztlichen Handelns, insbesondere im Zusammenhang der hier thematischen Arzt/Patient-Interaktion im Krankenhaus, von besonderer Relevanz ist:

„Für eine therapeutische Praxis muß [...] neben die Subsumtion unter theoretische Modelle die *Rekonstruktion* der konkreten Fallstruktur treten, in der wiederum die Krankheit eine fallspezifisch motivierte Stellung und Funktion einnimmt. In dieser Auffassung ist die Krankheit nicht nur negativ Fremdkörper der Störung, sondern darüber hinaus auch motivierter Bestandteil des konkreten Lebens in seiner Totalität. *Krankheit erscheint so in ihrer einzig angemessenen Konzeptualisierung*: nicht einfach platt als das klassifikatorische Gegenteil von Gesundheit, sondern *als das Maximum an Gesundheit, das ein konkretes Leben in seiner Traumatisierungsgeschichte und in seinem Überlebenskampf unter seinen je konkreten Lebensbedingungen zu erreichen in der Lage war.*“ (Oevermann 1996: 127)

Diese Bestimmung geht über Gadamer, für den Krankheit „negativ [als] Fremdkörper der Störung“ zu fassen ist, hinaus, indem Krankheit selbst als in die Lebensgeschichte eingebettet betrachtet, als Ausdrucksgestalt der Individualität des jeweiligen Patienten gefasst wird. Dies ist der Bezugspunkt, den Wielands Bestimmungen erfordern, den er selbst aber nicht expliziert.

Wenn man diese Bestimmung zugrundelegt, zeigt sich, dass bestimmte Ausprägungen von Krankheitsbildern, die man möglicherweise auf Standards bringen kann, immer noch einmal eine spezifische Färbung durch die Einbettung in die besondere Lebensgeschichte des Individuums erfahren, die bei Diagnose und Therapie mindestens zu berücksichtigen,<sup>16</sup> wenn anders sie nicht auch hier konstitutiv ist. Für das Arzt/Patient-Verhältnis bedeutet diese Betrachtung, dass soziologisch gesehen ein bestimmtes Spannungsverhältnis zwischen Subsumtion unter theoretisch begründete Standards und Orientie-

---

<sup>16</sup> So erwähnte mir gegenüber ein Augenarzt gesprächsweise, dass er trotz seiner ziemlich routinisierten und routinierten Tätigkeit immer einschätzen müsse, wie jemand mit einer Therapieempfehlung umgehe, und dass er jeweils einen entsprechenden Ton anschlagen müsse, um dieser Empfehlung im je konkreten Fall zur Realisierung zu verhelfen.

nung am individuellen Fall entsteht; diese Spannung muss in der Beziehung zwischen Arzt und Patient praktisch aufgehoben werden.<sup>17</sup>

### Zum Arbeitsbündnis

In der Soziologie des ärztlichen Handelns wird der genannten Spannung dadurch Rechnung getragen, dass das Verhältnis von Arzt und Patient nicht etwa als Verhältnis zwischen Dienstleister und Kunde betrachtet wird, sondern als „Arbeitsbündnis“. Das Konzept des Arbeitsbündnisses wurde, in Anlehnung an Ausführungen Sigmund Freuds (1913), von Ralph Greenson (1965, 1988: 45-48, 190-216) ausgearbeitet. Im Hinblick auf die hier in Rede stehende Problematik wurde es vor allem in der Professionalisierungstheorie Ulrich Oevermanns (1996, 2009) weiterentwickelt (s. auch Loer 2009: 50-53, Liebermann/Loer 2009: 33-39).

Für Greenson ist es zunächst wichtig, innerhalb des psychoanalytischen therapeutischen Prozesses die Übertragungsbeziehung, die bei den meisten psychoanalytischen Autoren, auch bei Freud, im Vordergrund steht, da sie das Spezifikum der psychoanalytischen Kur darstellt, analytisch von demjenigen Aspekt der Arzt/Patient-Beziehung zu unterscheiden, der gewissermaßen den Praxisraum bildet, in dem die Übertragungsbeziehung sich realisieren kann.<sup>18</sup> Freud spricht hier davon, dass sich „ein ordentlicher Rapport“ (Freud 1913: 473) herstellen müsse, mit Hilfe dessen es gelinge, den Patienten „an die Kur und an die Person des Arztes zu attachieren.“ (ebd.)

Ausgangspunkt für das Arbeitsbündnis ist für Greenson der Leidensdruck des Patienten und daraus resultierend der Versuch, von einem Arzt Hilfe zu erlangen.<sup>19</sup> Damit wird eine asymmetrische Beziehung gestiftet, ist doch der eine: der Patient, in seiner Autonomie eingeschränkt, der andere: der Arzt, nicht, ja, er ist sogar derjenige, der dem Patienten gegenüber als Gebender eine besonders herausgehobene Rolle einnimmt. Allerdings muss gesehen werden, dass der Gang zum Arzt, in dem die Anerkennung der Einschränkung der Autonomie zum Ausdruck kommt, zugleich ein Ausdruck der verbliebenen Autonomie ist, begibt sich der Patient doch autonom in eine asymmetrische Beziehung, die gerade der Wiederherstellung der Autonomie dient (vgl. Oe-

<sup>17</sup> Aufgehoben wird sie durchaus in dem dreifachen Sinn des Wortes, auf das Hegel hinwies: zugleich in ihrer gegenwärtigen Gestalt aufgelöst, auf eine höhere Ebene gehoben und bewahrt.

<sup>18</sup> Greenson spricht von „the importance of separating the patient’s reactions to the analyst into two distinct categories: the transference neurosis and the working alliance.“ (1988: 192)

<sup>19</sup> „The awareness of neurotic suffering and of the possibility of help from the analyst impels the patient to seek out and work in the analytic situation.“ (Greenson 1988: 46) – Dass etwas die Gesundheit stört, dass etwas sich bemerkbar macht, von dem der Patient nicht weiß, was es ist, war ja der Ausgangspunkt sowohl Gadamers wie von Weizsäckers, und auch Oevermann formuliert explizit: „Im Arzt-Patient-Verhältnis beruht dieses Arbeitsbündnis auf dem Leidensdruck des Kranken.“ (2009: 121)

vermann 2009: 121). Dies muss umgekehrt auch der Arzt anerkennen; somit stellt sich in der asymmetrischen Beziehung von vornherein eine symmetrische her.<sup>20</sup> Soziologisch lässt sich dies als eigenständige Form einer Praxis fassen (vgl. Oevermann 2009: 117), in der die Momente der Entscheidungen, die diese Praxis trifft, unterschiedlich auf die beteiligten Positionen verteilt sind, von der sie aber als gemeinsamer Praxis<sup>21</sup> verantwortet werden.

Das Arbeitsbündnis wird nun als kollektive Form von Praxis verstanden,<sup>22</sup> deren Binnenverhältnis freilich noch zu klären ist. Jedenfalls gilt, dass hier (zunächst) zwei Individuen in eine praktische Beziehung eintreten, die ihrerseits eine Praxis darstellt, bei der die Ausführung der Handlungen auf die Positionen unterschiedlich verteilt sein kann. Anders als etwa bei einer politischen Gemeinschaft drückt sich die Konstitution der Praxis des Arbeitsbündnisses nicht in einer Verfassung aus. Freud spricht zwar in diesem Zusammenhang von einem „Vertrag“ (1938: 99), aber es ist gleich klar, dass dies nur bildhaft gemeint ist, wenn es weiter heißt: „Das kranke Ich verspricht uns vollste Aufrichtigkeit [...], wir sichern ihm strengste Diskretion zu und stellen unsere Erfahrung [...] in seinen Dienst.“ (ebd.) ‚Versprechen‘ und ‚zusichern‘ bedürfen nicht des Vertrags,<sup>23</sup> sie bedürfen aber des Vertrauens.

Bevor wir kurz den Begriff des Vertrauens in den Blick nehmen, sei unter Bezugnahme auf Talcott Parsons „pattern variables“ (Parsons/Shils 1951: 76-

<sup>20</sup> „The actual alliance is formed essentially between the patient’s reasonable ego and the analyst’s analyzing ego“ (Greenson 1988:192).

<sup>21</sup> Gegenüber der oben (s. Fn. 2) bereits angedeuteten Bestimmung von Praxis muss hier nun noch eine Erweiterung vorgenommen werden. Als Praxis oder Lebenspraxis bezeichnen wir alle Gebilde der sozialen Wirklichkeit, die eine Entscheidungsinstanz darstellen. Die einfachste Form ist das Individuum, das als Mitte seiner Entscheidungen begriffen werden muss; es wählt aus durch Regeln eröffneten Optionen aus – oder schafft neue Optionen, die sich dann als durch übergeordnete Regeln eröffnet erweisen. Das Auswählen kann eine akute Entscheidung darstellen oder den Vollzug einer bereits einmal getroffenen Entscheidung. Um dies an einem einfachen Beispiel zu illustrieren: Man kann vor dem Regal beim Discounter stehend (1) die gleiche Zahnpasta wie immer ergreifen und kaufen, damit also routiniert handeln und eine vormals getroffene Entscheidung („Ich kaufe stets die Zahnpasta X“) vollziehen; oder man kann (2) eine neue Zahnpasta auswählen und kaufen – (2a) sei es, weil man zum ersten Mal eine Zahnpasta kauft, (2b) sei es, weil die bisher gekaufte nicht mehr im Angebot oder nun zu teuer ist, (2c) sei es, weil man eine neue ausprobieren möchte. Wir ergreifen eine Lösung für ein Handlungsproblem, wir handeln; in diesem Handeln drückt sich unsere Lebenspraxis aus und das Ergebnis dieses Handelns müssen wir – etwa angesichts besorgter Fragen des Zahnarztes – verantworten.

<sup>22</sup> Alle anderen Formen der Praxis als die in der vorhergehenden Fußnote angeführte stellen Kollektivgebilde dar. Nehmen wir die nationalstaatlich verfasste politische Gemeinschaft, so ist die Position, an der das Handeln dieser Gemeinschaft – sei es akut: etwa bei der Entscheidung über den Einsatz von Militär in Krisensituationen; sei es routiniert: etwa bei der Gratulation an den neu gewählten Repräsentanten eines befreundeten Staates – in der konkreten Ausführung durch die Regierung oder das Parlament verankert ist, unter Umständen sehr weit von meiner Position in dieser Gemeinschaft entfernt; gleichwohl ist es auch mein Handeln als Angehöriger dieser politischen Gemeinschaft und als eben dieser Angehörige muss ich es auch verantworten.

<sup>23</sup> Dass gleichwohl Aspekte einer vertraglichen Beziehung eine Rolle spielen, wird im folgenden thematisiert werden.

91)<sup>24</sup> diese Begrifflichkeit, wie sie Ulrich Oevermann für die Bestimmung der Arzt/Patient-Beziehung ausgearbeitet hat, näher betrachtet. Parsons unterscheidet fünf Dimensionen, eben die „pattern variables“, in denen jede soziale Beziehung strukturiert ist; für ihn sind dies Dimensionen, in denen jeder Handelnde sich für einen Pol entscheiden muss, um eine Situation überhaupt angemessen einschätzen und in ihr handeln zu können (Parsons/Shils 1951: 76f.). Für die Frage der Arzt/Patient-Beziehung ist insbesondere die Dimension ‚spezifisch/diffus‘ (a. a. O.: 77) bedeutsam, die Oevermann dann in den Vordergrund rückt (1996: 118f.). Als *diffus* bezeichnet er im Anschluss an Parsons in seiner Professionalisierungstheorie Beziehungen, die auf der Ebene der Vergemeinschaftung<sup>25</sup> liegen und Beziehungen von ganzen Personen darstellen. Das Modell, an dem man sich die Besonderheit dieser Sozialbeziehung gut verdeutlichen kann, ist das der Verwandtschaftsbeziehung, und die Dimension, die dies besonders deutlich hervortreten lässt, ist die der Zulässigkeit bzw. des Ausschlusses von Themen. In einer diffusen sozialen Beziehung, in besonderer Reinform in der Ehebeziehung, kann keiner der Angehörigen ein Thema ausschließen, ohne dies zu begründen. Wenn ein Ehepartner dem anderen gegenüber sich grundsätzlich weigert, über ein bestimmtes Thema zu sprechen, verletzt er damit die Logik dieser Beziehung und die Voraussage, dass diese Beziehung sich in kurzer Zeit auflösen wird, ist nicht allzu riskant.

Umgekehrt gilt in einer *spezifischen* Sozialbeziehung, zum Beispiel am Bankschalter, dass nur diejenigen Themen ohne weiteres angesprochen werden können, die mit der rollenförmigen Beziehung gesetzt sind. Über Themen, die außerhalb der Rollendefinition als Bankangestellter bzw. Bankkunde liegen – etwa die Schulprobleme der Kinder des einen oder des anderen –, zu sprechen, kann jeder der Beteiligten sich folgenlos weigern. Die spezifische Sozialbeziehung ist also rollenförmig<sup>26</sup> und die Rolle gibt genau vor, was in dieser Beziehung thematisierbar ist und was nicht; wer ein neues Thema einführen will, muss dies gegebenenfalls begründen. Umgekehrt muss – wie oben ausgeführt – bei diffusen sozialen Beziehungen derjenige, der Themen ausschließen will, eine Begründung anführen.

Die Arzt/Patient-Beziehung ist demgegenüber durch die gleichzeitige Geltung von beidem charakterisiert: Hier „gilt grundsätzlich die widersprüchliche Einheit von spezifischen und diffusen Beziehungsanteilen für beide Beteiligte gleichermaßen: sowohl für den Patienten wie für den Therapeuten.“ (Oevermann 1996: 118)<sup>27</sup> Dies bedeutet, dass der Patient einerseits mit dem Arzt eine

<sup>24</sup> Für eine konzise Darstellung s. Lamnek 2002.

<sup>25</sup> Max Weber führte diesen Begriff in die Soziologie ein; gegenüber seiner Bestimmung, die Vergemeinschaftung an „subjektiv gefühlte[...] (affektuelle[...] oder traditionale[...] Zusammengehörigkeit der Beteiligten“ bindet (1985: 21), heben wir hier eher den Aspekt der Einbindung der ganzen Person – statt bloß einer Rolle, die diese Person innehat – hervor.

<sup>26</sup> Sie liegt damit auf der Ebene von Vergesellschaftung (Weber 1985: 21f.).

<sup>27</sup> Vgl. Oevermann 2009: 117: „Ein solches Arbeitsbündnis bildet in sich selbst eine autonome Praxis, deren Partizipanten sich als ganze Personen in der Logik diffuser Sozialbeziehungen

spezifische, rollenförmige Beziehung eingeht, wozu die formalen, zum Teil vertraglichen Aspekte der Patientenrolle wie der Arztrolle gehören, wie bestimmte Sprechzeiten, Bezahlung eines Honorars, Einhalten von Terminen etc., andererseits aber eine diffuse Sozialbeziehung eröffnet, wozu etwa gehört, „sich trotz der faktischen Spezifität der rollenförmigen Behandlung im Innenraum der therapeutischen Praxis vollkommen zu öffnen und Themen zur Sprache zu bringen, die sonst nur in der wirklichen Praxis einer gelingenden diffusen Intimbeziehung unter der Bedingung ihres bedingungslosen Vertrauens besprochen werden können.“ (ebd.)

*Exkurs zum Begriff des Vertrauens*<sup>28</sup> – Der Ausdruck ‚Vertrauen‘ ist mehrdeutig.<sup>29</sup> Er umfasst einerseits Vertrauen in die Geltung von Regeln und deren Befolgung durch die Handelnden – in der Regel Rollenträger in einem Bereich spezifischer Sozialbeziehungen; er umfasst andererseits Vertrauen, das einem Handelnden als Person entgegengebracht wird und das in einem persönlichen Modus gründet, der demjenigen, der Vertrauen entgegenbringt, die Gewähr gibt, dass derjenige, dem Vertrauen entgegengebracht wird, als Person in dieser konkreten Beziehung getreulich handelt. Schließlich muss eine dritte Form von Vertrauen angenommen werden: Vertrauen in einen Habitus. Dies kann hier nur angedeutet werden. Bei diesem angenommenen dritten Typus von Vertrauen ist das Vertrauen zwar an die konkrete Person als Träger des Habitus, in den Vertrauen gesetzt wird, gebunden, kann aber nicht auf sie als Person zurückgeführt werden (vgl. Loer 2003). – Der Ursprung des Vertrauens ist das Vertrauen in die Regelmäßigkeit der Welt. Eriksons Konzept des ‚Urvertrauens‘ (1961: 228ff.) meint genau dies: ein an die konkrete Person gebundenes Vertrauen in die Regelmäßigkeit der Welt. Hier, in der sozialisatorischen Interaktion, wo überhaupt Vertrauen erst – als Komplement von Individualität – sich bilden muss, sind die beiden Momente noch nicht differenziert. „Vertrauen stellt sich in diffusen Sozialbeziehungen dadurch her, dass es bedingungslos vollzogen wird.“ (Oevermann 2001: 88) Und erst wenn in dieser Bedingungslosigkeit ein praktisch wirksamer Begriff von Vertrauen als Vertrauen in die Regelmäßigkeit der Welt gebildet wurde, kann er abgelöst und auf institutionalisierte Regeln übertragen werden, die ihrerseits dann in einer legitimen Ordnung fundiert sein müssen. Offen bleibt zunächst welche Form des Vertrauens in der Arzt/Patient-Beziehung relevant ist.

Das Arbeitsbündnis, insbesondere in der Arzt/Patient-Beziehung, kann nun vor dem Hintergrund der angeführten Überlegungen wie folgt konzipiert werden.<sup>30</sup>

Zunächst erkennt der Patient, dass er Hilfe benötigt; er verspürt also Leidensdruck. Leidensdruck wird erzeugt durch ein Handlungsproblem, das sich einer in die Krise geratenen Lebenspraxis stellt, wenn und insofern sie es we-

---

aneinander binden, obwohl sie grundsätzlich in der spezifischen Sozialbeziehung von Vertragspartnern einer kaufbaren Dienstleistung verbleiben.“

<sup>28</sup> Vgl. Loer 2003 u. 2007: 248ff.

<sup>29</sup> Es kann hier die umfangreiche Literatur zum Begriff des Vertrauens nicht auch nur annähernd berücksichtigt werden. Einen umfassenden klassifikatorischen Überblick gibt Henning Nuissl (2002); cf. auch Gambetta 1988.

<sup>30</sup> Vgl. dazu auch Loer 2009: 50-53 u. Liebermann/Loer 2009: 33-39.

gen einer mit der Krise einhergehenden Einschränkung ihrer Autonomie nicht mehr ohne Hilfe lösen kann; dabei kann die Einschränkung der Autonomie selbst das fragliche Handlungsproblem sein. Wörtlich genommen wird der Patient erst durch Leidensdruck zum Patienten, d. h. zum Leidenden.<sup>31</sup> In dieser Phase realisiert der Patient seine Hilfsbedürftigkeit auf bestimmte Möglichkeiten der Hilfe hin: auf die ärztliche Hilfe hin, die er aufsucht. Damit wird das Arbeitsbündnis initiiert, weshalb dieser Schritt, der dem Arbeitsbündnis bereits zugerechnet werden muss, als seine *Initialphase* bezeichnet werden kann.<sup>32</sup> Damit dieser Schritt geschehen kann, ist auf Seiten des Arztes eine Haltung des Zuwartens gefordert.<sup>33</sup> Dieses Zuwarten ist bereits eine entscheidende Bedingung für die für die Einrichtung des Arbeitsbündnisses erforderliche besondere Form des Vertrauens: Würde der Arzt ihm seine Hilfe aufdrängen, müsste der Patient vermuten, dass hier ein der Hilfe äußerliches, sie instrumentalisierendes (Erwerbs-) Interesse im Spiel ist, und dass er so nicht die angemessene Hilfe erhält – zumal er ja gerade wegen seiner Hilfsbedürftigkeit das nicht *sur place* beurteilen kann.

Im folgenden eröffnet der Patient einem Arzt gegenüber seine Hilfsbedürftigkeit, womit zugleich die Anamnese und Diagnose des Falles durch den Arzt einhergeht; wir können hier von der *anamnestisch-diagnostischen Phase* sprechen. Dies muss schon in einer durch die Rahmung hergestellten Atmosphäre bedingungslosen Vertrauens erfolgen.<sup>34</sup>

<sup>31</sup> Dass die Bezeichnung ‚Patient‘ ihren sachlichen Grund hat, wird in der zunehmenden Rede vom Patienten als Kunden gar nicht mehr gesehen. Der Kunde weiß ziemlich genau, was er will, wenn er einkaufen geht, ja er muss es wissen, um am Markt seine Wahl treffen zu können; oder er lässt sich auf Anmutungen ein, weiß dann aber, was ihm gefällt und was nicht. Der Patient hingegen weiß eben in der Regel nicht genau, was er will, was ihm fehlt, und es bedarf der deutenden Hilfestellung des Arztes (vgl. hierzu Rychner 2006: 99; Loer 2008: 389f.).

<sup>32</sup> Wir werden sehen, dass der Leidensdruck während des ganzen therapeutischen Prozesses eine Rolle spielt – wie in oben zitierter Bemerkung von Ralph Greenson bzgl. der psychoanalytischen Arzt/Patient-Beziehung schon zum Ausdruck kam (s. Fn. 19).

<sup>33</sup> Dies ist der systematisch-materiale Grund für das Werbeverbot von Ärzten: Würden sie werben, müssten sie bei ihren ‚Kunden‘ einen Bedarf wecken, konkret: sie müssten einen Leidensdruck erzeugen, den diese von sich aus nicht verspüren. Dass das Werbeverbot bei Krankenhäusern zunehmend missachtet wird, wäre ein eigenes Thema; Henrik Cohnen widmet sich ihm zur Zeit in seiner Dissertation an der Technischen Universität Dortmund.

<sup>34</sup> Parsons formuliert das, noch explikationsbedürftig, wie folgt: „Similarly if a doctor asks a patient a question the relevant reaction is to ask why he should answer it, and the legitimizing reply is that the answer is necessary for the specific function the doctor has been called upon to perform, diagnosing an illness for instance. Questions which cannot be legitimized in this way would normally be resented by the patient as ‚prying‘ into his private affairs. The patient’s wife, on the other hand, would, according to our predominant sentiments, be entitled to an explanation as to why a question should not be answered. The area of the marriage relationship is not functionally specific, but diffuse.“ (Parsons 1939: 39) Parsons übersieht hier, dass es keine spezifischen, durch Rollenstandards bestimmten Kriterien gibt, denen gemäß auch der hilfsbedürftige, also in seiner Autonomie eingeschränkte Patient beurteilen könnte, ob denn die Beantwortung einer Frage für die Erfüllung der spezifischen Funktion des Arztes erforderlich ist. Insofern greifen hier Spezifität und Diffusität spannungsvoll ineinander: Der

In der gemeinsamen Praxis des Arbeitsbündnisses und durch diese Praxis wird sodann eine therapeutische Lösung entworfen; dies geschieht in einer zyklisch-spiralförmigen Bewegung, in welcher der Arzt das vorhandene Material: diagnostische Daten und Einschätzungen, auf die Krise bezogene Lebensäußerungen des Patienten, deutet und gestalthaft konstellierte sowie weiteres erforderliches Material erhebt und zutage fördert.<sup>35</sup> Die *Konstellationsphase* mündet in eine gestalthafte Problembestimmung: die konkrete Diagnose als Hohlform für eine auf den Patienten bezogene und abgestimmte Therapie.<sup>36</sup>

Daraus ergibt sich die Entwicklung der Therapie, die Modellierung der Lösung in der und durch die Praxis des Arbeitsbündnisses – meist mit dem Schwerpunkt bei der Position des Arztes. Diese Phase, die man als *Modellierungsphase* bezeichnen kann, ist eng mit der vorhergehenden verschränkt.

Schließlich wird die Entscheidung über die therapeutische Realisierung der modellierten Lösung getroffen und diese in Angriff genommen. Anders als das Arbeitsbündnis in der Beratung von Organisationen<sup>37</sup> wird das Arbeitsbündnis in der Arzt/Patient-Beziehung erst beschlossen, wenn die Krise des Patienten bewältigt ist, wenn also seine Autonomie restituiert ist, so dass er das Handlungsproblem, das die Krise ausgelöst hatte, aus eigener Kraft bearbeiten kann. Im Arzt/Patient-Arbeitsbündnis wird die Entscheidung für die Therapie in der Regel<sup>38</sup> vorrangig auf der Position des Arztes, aber eben doch in der und

---

Patient muss dem Arzt gegenüber – analog zur diffusen Sozialbeziehung mit seiner Ehefrau – davon ausgehen, dass jede Frage, die er stellt, legitim ist. Dies geht nur, weil er dem Arzt ein entsprechendes Vertrauen entgegenbringt. Umgekehrt muss auch der Arzt davon ausgehen, dass der Patient ihm gegenüber aufrichtig ist und dass alles Verschweigen nicht strategisches Verbergen, sondern ungewollter Ausdruck des Krankheitsgeschehens ist, weshalb der Arzt berechtigt ist, entsprechende Nachfragen zu stellen bzw. entsprechende Deutungen vorzunehmen. – Vgl. u., S. 26.

<sup>35</sup> Was Greenson für die psychoanalytische Kur festhält: „The analyst contributes to the working alliance by his consistent emphasis on understanding and insight, by his continual analysis of the resistances, and by his compassionate, empathic, straightforward, and nonjudgmental attitudes“ (1988: 46), gilt für die Arzt/Patient-Beziehung generell: Der Arzt muss – auch gegen Widerstände des Patienten – darauf beharren, den Patienten in seiner Ganzheit zu verstehen und die Krankheit durch die Symptome hindurch als Ausdruck dieser Ganzheit zu erfassen (vgl. Scheid 1999). Dies genau nicht getan zu haben, ist der Fehler des „Doktors“ in Viktor von Weizsäckers Krankengeschichte (s. o. S. 7), was zu der Leidensgeschichte des Patienten wesentlich beitrug.

<sup>36</sup> Hier sieht man auch, dass diese letzte Gestalt nicht absolut zu bestimmen ist, sondern immer relativ zu den Selbstheilungskräften des Patienten, die in dem spiralförmigen Prozess auch wachsen können. Entsprechend kann auch nach jedem Durchlaufen einer Schleife in der Spirale in die nächste Phase übergetreten werden, da die erreichte Gestalt sich als Hohlform für die spezifische Therapie erweist.

<sup>37</sup> Vgl. Liebermann/Loer 2009 und Loer 2009, wo diese Phase als *Konklusionsphase* bezeichnet wird.

<sup>38</sup> Je nach spezifischem Fall ist das zu differenzieren: Bei weniger ins Leben eingreifenden Entscheidungen, etwa über Durchführung einer Hüftoperation („will ich jetzt mit den Schmerzen noch weiter leben oder will ich das Risiko einer Operation auf mich nehmen“), liegt das Gewicht mehr auf der Position des Patienten. – Hingegen läge im Extremfall einer psychischen Erkrankung, wo der Patient kaum noch zu autonomer Entscheidung in der Lage ist, das Gewicht eindeutig auf der Seite des Arztes, der hier stellvertretend für den Patienten eine Ent-

durch die Praxis des Arbeitsbündnisses getroffen. Der Arzt ist hierbei zwar im Vorgriff auf die restituierte Autonomie des Patienten der für die Entscheidungsfindung führende Pol, strukturell handelt es sich aber um eine gemeinsame Entscheidung von Patient und Arzt. Ihre Bewährung bleibt letztlich daran gebunden, dass der Patient nach restituerter Autonomie die Verantwortung für sie übernimmt. Die Rede von „stellvertretender Krisenbewältigung“<sup>39</sup> ist folglich nicht angemessen; bewältigt ist eine Krise erst dann und insofern als die Lösung sich bewährt. Solange aber die autonomieeinschränkende Krise der primären Lebenspraxis nicht bewältigt ist, besteht das Arbeitsbündnis fort.<sup>40</sup>

Diese Konzeptualisierung, bei der die Einteilung in Phasen zunächst einen analytischen Stellenwert hat, diese nicht als in reiner Form empirisch auftretend zu denken sind, muss sich in der empirischen Analyse, für die sie sensibilisiert, bewähren; zugleich aber muss sie durch die empirisch rekonstruierbare Gestalt der protokollierten Interaktionspraxis entsprechend konkretisiert und weiterentwickelt werden können.

### Vom (Haus-) Arzt zum Krankenhaus

Wo wird die Praxisform normalerweise und idealiter realisiert? In der Regel geht der Patient als erstes zu einem Hausarzt. Damit ein Arzt die Möglichkeit,

---

scheidung treffen würde; gleichwohl fällt soziologisch betrachtet die gemeinsame Praxis des Arbeitsbündnisses diese Entscheidung. Diese Betrachtung rückt auch die sogenannte Sterbehilfe in ein prägnanteres Licht. Die Verrechtlichung der Arzt/Patient-Beziehung für die letzte Lebensphase des Patienten zerstört die eigenständige Praxis des Arbeitsbündnisses, in welcher, auch wenn schließlich nur noch auf der ärztlichen Position angesiedelt, die Entscheidung als praktischer Vollzug verbleiben müsste. In der Sterbehilfe wird – so ein Hinweis von Sascha Liebermann – das Arbeitsbündnis auf eine Dienstleistung reduziert.

<sup>39</sup> Das von Oevermann (1996) betonte Moment der Stellvertretung tritt als stellvertretende Deutung in der Konstellationsphase auf; als stellvertretende Modellierung einer Krisenlösung und als stellvertretende Entscheidung ist es nur in der klassischen Arzt/Patient-Beziehung anzutreffen, an dem es ja auch abgelesen wurde. Genauer muss man sagen, dass die Entscheidung in der eigengesetzlichen Praxis des Arbeitsbündnisses und durch sie getroffen wird. – Oevermann selbst problematisiert die Rede von der „stellvertretenden Krisenbewältigung“ nicht (s. 2009: 113, passim; Kursivierung hinzugefügt, TL)

<sup>40</sup> Es ist also nicht nur in der Regel die Autonomie des Patienten bzgl. der Therapie soweit eingeschränkt, dass die Entscheidung für eine therapeutische Lösung *nicht* zugleich als Konklusion des Arbeitsbündnisses durch den Patienten gelten kann; vielmehr besteht in der Arzt/Patient-Beziehung die Besonderheit, dass es erst mit der Bewältigung der Krise vollgültig aufgelöst ist. So wird ein Arzt, der einen ehemaligen Patienten trifft, in der Regel sich nach dessen Befinden erkundigen, also auch sich vergewissern, dass die im gemeinsamen Arbeitsbündnis erarbeitete Krisenlösung sich bewährt hat. Letztlich ist es also der Patient, der das Arbeitsbündnis nicht nur initiiert hat, sondern auch beenden muss. Oevermann führt dazu aus: „Die Beendigung eines Arbeitsbündnisses kann sich sachhaltig nur aus dem je konkreten zukunfts-offenen Ablauf der Autonomie der therapeutischen Praxis ergeben. Dabei muss die Einsicht des Patienten in die Sachhaltigkeit der Beendigung mitbeteiligt sein.“ (1996: 122f.) Diese Einsicht muss sich aus der praktisch gelungenen Krisenbewältigung ergeben.

ein solches Arbeitsbündnis einzugehen, vorhalten kann, muss er finanziert werden. Daraus ergibt sich die Frage, wie im Gemeinwesen solidarisch die Finanzierung so organisiert werden kann, dass auch diejenigen, die selbst nicht in der Lage sind, den Arztbesuch, geschweige denn den Aufwand für komplexere Diagnose und Therapie zu finanzieren, gleichwohl einen Arzt konsultieren können.

Wenn, wie in unserem Gesundheitswesen, seine Finanzierung demokratisch legitimiert sein soll, dann muss sie sich nach formalen Kriterien ausweisen. Bereits hierdurch entsteht eine Spannung zwischen den erforderlichen formalen Vorgaben, etwa solchen der Rationierung (vgl. Unschuld 2009), und der erforderlichen Fallorientierung in der Arzt/Patient-Beziehung, die dadurch unter Umständen in ihrem Kern tangiert wird.<sup>41</sup> Eine Spannung, die aus der formalen Gleichheit bürokratischer Kontrolle in Zusammenhängen fallspezifischer Praxis resultiert, droht auch dort, wo Kontrolle über die Finanzierung des Gesundheitswesens in Gestalt von Budgetierung, Fallpauschalen und Behandlungspfaden auf die je besondere Arzt/Patient-Interaktion einwirkt.

Anschaulich wird dies, wenn man gedankenexperimentell das frühere Landarztssystem gegen das bestehende Gesundheitssystem hält. Darin sorgte der Arzt selbst für eine Bereitstellung seiner Leistung, indem er durch fallspezifische Honorierung einen Ausgleich unter seinen Patienten schuf. So nahm er von dem Patienten, der finanziell dazu in der Lage war, ein entsprechend hohes Honorar, von dem, der zu einem solchen oder überhaupt zu Zahlungen nicht in der Lage war, entsprechend weniger, stundete es (vgl. Girtler 1997: 53f.) oder nahm Naturalien. Nur scheinbar war dieser Ausgleich willkürlich; der Arzt war Mediator in einer traditionellen Gemeinschaft, die noch kein verfasstes System der solidarischen Unterstützung ausgebaut hatte.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Diese Spannungen treten überall da auf, wo demokratisch legitimierte Vorgaben zugleich administrativ kontrolliert und fallbezogen realisiert werden müssen. In einer Untersuchung über Sozialamtsmitarbeiter (von Harrach/Loer/Schmidtke 2000) etwa zeigte sich das gleiche Problem: dass sie auf der einen Seite in ihren Entscheidungen überprüfbar formal gleichen Vorgaben folgen müssen und auf der anderen Seite aber Fallgerechtigkeit walten lassen sollen. Diese Spannung wird in den Sozialverwaltungen nicht strukturell gelöst; vielmehr wird die Lösung dieses Problems unausgesprochen den dort arbeitenden Sozialamtsmitarbeitern aufgebürdet, die dann, wie wir feststellen mussten, entweder zu Zynikern werden oder auch subjektiv darunter leiden – etwa, indem sie, wie es in Interviewäußerungen hieß, ihre Fälle „mit nach Hause nehmen“.

<sup>42</sup> An dieser Stelle sei auch auf die systematische Bedeutung der Tatsache hingewiesen, dass Ärzte honoriert und nicht entlohnt werden: „Ein ‚honorarium‘ hatte ursprünglich den Status einer Ehrengabe. In ihren Genuß kam nur, wer sich [als] ihrer [...] würdig erwiesen hatte. Deswegen konnte eine Ehrengabe nicht den Charakter eines Entgelts haben.“ (Wieland 1986: 60) – Die Bedeutung der Privatliquidation im Rahmen der tarifvertraglichen Regelung des Gehalts von Klinikärzten ist von hierher gesehen eine systematische (und nicht lediglich eine der erhöhten Verdienstmöglichkeit). Honorierung ermöglicht es dem Arzt, seine Leistung vorzuhalten. Das Honorar stellt insofern eine Ermöglichungskonstellation dar; es wird nicht eine Ware – und sei es die Ware Arbeitskraft – nach einem egalisierenden Tauschwert bezahlt. Dies stellt eine wichtige Differenz zum marktförmig organisierten Verkäufer/Kunde-

Vor dem Hintergrund der vorgetragenen Überlegungen zu Krankheit als einer fallspezifischen Beeinträchtigung der Autonomie einer Lebenspraxis muss nun die medizinische Versorgung als ebenfalls fallspezifische Minderung dieser Beeinträchtigung verstanden werden. Wenn weiter das Vorhandensein von medizinischer Versorgung als Zweck des Krankenhauses gelten muss, dann stellt sich die Frage, was medizinische Versorgung im Krankenhaus sein kann.

### Zur Organisation Krankenhaus

In die Entscheidung, *medizinische Versorgung* im Krankenhaus zu organisieren, gehen von vornherein schon ökonomische Erwägungen ein. Gedankenexperimentell lässt sich die Möglichkeit entwerfen, alle Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden, bei dem einzelnen Patienten jeweils zu Hause zu erbringen. Die Größe der heute verwendeten diagnostischen und therapeutischen Geräte einerseits, die Möglichkeit zu erheblicher Minderung des zeitlichen Aufwands für das medizinische Personal andererseits würden bei einer solchen Organisation der medizinischen Versorgung einen erheblichen Kostenaufwand erfordern. Das unrealistische Gedankenexperiment bestätigt, dass bereits die organisatorische Konzentration solcher Leistungen im Krankenhaus auch ökonomische Gründe für sich hat; zugleich zeigt sich darin die Eskalation der Erkrankung, wenn sie im Rahmen der hausärztlichen Praxis nicht mehr bewältigt werden kann. Die medizinische Leistung, wie sie im Krankenhaus organisiert ist, kann nur angeboten werden, wenn nicht die Leistung zum Patienten gebracht wird, sondern der Patient zur Leistung. Strukturell allerdings wird die Leistung dem Patienten erbracht; diese Strukturtatsache ist angesichts der empirisch vorfindlichen Selbstläufigkeit, die die Organisation des Krankenhauses entwickelt hat, nicht nahe liegend; wenn man sich aber den handlungslogischen Zusammenhang klar macht, zeigt sich, dass der Patient und die Arzt/Patient-Beziehung, soziologisch gesehen, im Zentrum dieser Organisation stehen. Die pragmatischen und ökonomischen Vorteile der Organisation medizinischer Versorgung in Krankenhäusern bringen aber auch Nachteile mit sich, weil Organisationen eine Eigengesetzlichkeit ausbilden und diese sich häufig selbstläufig perpetuiert.<sup>43</sup>

Dies stellt für den Zweck der Organisation in dem Maße eine Gefahr dar, als die Organisation dazu tendiert, den Zweck den Funktionsimperativen des Organisierens und nachgeordneten Zwecken unterzuordnen. Insofern ist es für jede Organisation unerlässlich, sich stets daraufhin zu prüfen, ob sie ihrem

---

Verhältnis dar (vgl. aber Unschuld 2009). Welche systematische Bedeutung die tarifvertragliche Vergütung der Klinikärzte in diesem Zusammenhang hat, wäre zu untersuchen.

<sup>43</sup> Ob deshalb „Organisationen als autopoietische Systeme“ (Simon 2007: 23-28) angemessen beschrieben sind, sei einmal dahingestellt. Aber diese systemtheoretische Beschreibung wie auch vergleichbare strukturationstheoretische (s. Ortmann/Sydow/Windeler 1997) zielen auf das ab, was hier als Eigengesetzlichkeit bezeichnet wird.

konstitutiven Zweck noch dient. Für die Organisation Krankenhaus mit ihrer Zweckbestimmung: der Minderung der fallspezifischen krankheitsbedingten Beeinträchtigung der Autonomie einer Lebenspraxis, müsste also stets geprüft werden, ob die verschiedenen Bereiche des Krankenhauses (noch) diesem Zweck dienen.

Welche Bereiche sind da nun zu betrachten? Wie werden sie jeweils konstituiert, also welche Handlungsprobleme sind in diesen Bereichen zu bearbeiten? Genau auf diese Fragen bezieht sich diejenige nach dem Verhältnis von Standardisierung und Fallorientierung. Wenn das konstitutive Handlungsproblem des Krankenhauses in der medizinischen Versorgung besteht, wenn also die medizinische Versorgung der Zweck ist, dem Krankenhäuser als Organisationen effektiv und möglichst effizient zu dienen haben, und wenn im Zentrum der medizinischen Versorgung das Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient in dem oben angeführten Sinne besteht, dann ist Standardisierung gerade im Zentrum dieses Kernbereichs nicht möglich; Standardisierung kann in diesem Bereich nur in Grenzen und nur in dienender Funktion eingeführt werden.<sup>44</sup> Die Dokumentation von Abläufen, Ablaufschritte zur Qualitätssicherung usw. sind sicherlich Maßnahmen, die in dem Kernbereich des Krankenhauses je nach Fall ebenso möglich sind<sup>45</sup> wie Schritte einer „evidenzbasierten“ Medizin (vgl. hierzu Behrens 2003, Behrens/Langer 2006); aber eine grundsätzliche Standardisierung des Kernbereichs würde ihn zerstören.

Auf den *Bereich der Pflege*, der sich um den Kernbereich herum lagert (s. o., S. 5), kann hier nicht näher eingegangen werden; prägnant arbeitet Dorothea Orem (s. o., Fn. 10) heraus, dass durch die Organisation des Krankenhauses bestimmte Substitutionen für Tätigkeiten der Selbstversorgung, die der Patient normalerweise zuhause selbst erledigen würde oder in seinem gemeinschaftlichen Umfeld (Familie usw.) für sich erledigen lassen könnte, nötig werden. Dabei ist zu beachten, dass durch die Organisation solche Substitutio-

---

<sup>44</sup> Eine solch dienende Funktion können etwa die Qualitätskennzahlen im chirurgischen Bereich haben, die auf der Berliner Tagung als Beispiel diskutiert wurden. – Vgl. zu diesem Verhältnis auch Oevermann (2009: 116f.): „Die [...] die Individuiertheit von Lebenspraxis aus ihrem je eigenen Bildungsprozess bestimmende Diagnose kann dann aber in einem zweiten Schritt bezüglich ihrer durch die Besonderung hindurch bestimmten, typologisch fassbaren Allgemeinheit unter das verallgemeinerte und standardisierte Wissen subsumiert werden, und es können dann nach dieser Subsumtion die aus den theoretisch explizierten Gesetzmäßigkeiten folgenden therapeutischen Maßnahmen oder Problemlösungen abgeleitet werden. In diesem Schritt lassen sich alle Vorteile von Standardisierung ausspielen. Es bedarf dann aber, damit diese theoretisch ableitbaren Problemlösungsvorschläge praktisch folgenreich umgesetzt werden, wiederum eines – zweiten – Schrittes einer nicht standardisierbaren Intervention.“ Wolfgang Wieland macht deutlich, dass auch für den Umgang mit probabilistischen Zusammenhängen von therapeutischen Maßnahmen und erwartbarem Erfolg entwickelte Kriterien „niemandem die Last der Entscheidung abnehmen“ können (1986: 129).

<sup>45</sup> Zu der Problematik, dass die Dokumentationspflicht, die sich aus der Verrechtlichung der Arzt/Patient-Beziehung ergibt (juristische Beurteilung erfordert Beweissicherung, Beweissicherung wird durch Dokumentation erleichtert) eine zerstörerische Eigendynamik entwickeln kann vgl. Wieland 1986: 81-85.

nen nicht nur nötig, sondern zum Teil auch erst möglich werden. Gerade dort, wo der Pflegebereich für diese Substitution unabdingbar erforderlich ist, ist auch er seinerseits wenig bis nicht standardisierbar; aber auch hier gibt es standardisierbares Zuarbeiten.

Im dritten organisatorischen Bereich des Krankenhauses, dem *Bereich der Verwaltung*, ist Standardisierung in weitem Maß möglich und sinnvoll, besteht doch Verwaltung in überwiegendem Maße gerade darin, standardisierbare Aspekte der Organisation möglichst effizient, und das heißt bei standardisierbaren Prozessen immer: möglichst standardisiert und gar automatisiert, zu vollziehen. Aber auch hier muss berücksichtigt werden, dass die Verwaltung letztlich der Ermöglichung der Bearbeitung des konstitutiven Handlungsproblems der medizinischen Versorgung dienen muss. Der Dienstleister im Krankenhaus ist die Verwaltung: sie dient dem Kernbereich.

## Untersuchungsstandards und Arbeitsbündnis – eine exemplarische Fallanalyse

### Zur Erhebung

Bereits von der skizzierten Konstellation her lassen die drei genannten Bereiche des Krankenhauses deutlich werden, wo Standardisierung möglich und angemessen ist. In dem diesen Ausführungen zugrundeliegenden Pilotforschungsprojekt (Kettner/Loer 2008) sollte der Einfluss von Standardisierungsprozessen auf die konkreten Arzt/Patient-Interaktion untersucht werden. Ursprünglich sollten in ausgewählten Krankenhäusern, die nach bestimmten Kontrastdimensionen (bzgl. Größe, Trägerschaft, Geschichte, Schwerpunktsetzung etc.) ausgewählt wurden, Erhebungen so durchgeführt werden, dass Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung auf ihrem Weg durch die Klinik beobachtet würden. Immer an Entscheidungsstellen auf diesem Weg sollten Video- und Audioaufzeichnungen gemacht werden. Wegen der Sensitivität der zu beobachtenden Praxis konnten nur Audioaufzeichnungen angefertigt werden.

Zunächst erwies es sich als schwierig, die Ärzte überhaupt für das Vorhaben zu gewinnen und ihnen den Sinn des methodischen Vorgehens zu plausibilisieren. In jeder Klinik sollten drei Fälle beobachtet werden, die innerhalb der Dimension Krise und Routine<sup>46</sup> ein gewisses Kontrastdesign im Hinblick auf die Frage der Standardisierbarkeit ergaben: ein Fall, wo die Krise, die die

---

<sup>46</sup> Zur Begrifflichkeit von Krise und Routine s. Oevermann 2008; vgl. auch Ley 1998.

Krankheit darstellt, aus der Perspektive des Patienten dramatisch, aus der des Arztes hingegen eher als eine Routinesache erscheint; ein Fall bei dem die Erkrankung sowohl aus Sicht des Patienten wie aus der des Arztes eine Krise darstellt; und ein Fall, wo die Krankheit aus beiden Perspektiven zum Pol der Routine tendiert.

Nach der Zustimmung zu den Aufzeichnungen erwies es sich als einfach und unproblematisch, den Arzt/Patient-Gesprächen beizuwohnen und sie (auditiv) aufzuzeichnen; die Patienten waren fast ohne Ausnahme bereit hierzu und unterschrieben ohne zu Zögern eine entsprechende Einverständniserklärung; allerdings zeigte sich schnell – bereits beim ersten Patienten, eine Unfallaufnahme, den ich dann eben von der Aufnahme bis auf die Station begleiten wollte –, dass meine Rolle als neutraler Beobachter sich nicht durchhalten ließ; so klagte mir etwa die Ehefrau bald ihr Leid über familiäre Verwerfungen, die sie mit der Lage des Patienten in Zusammenhang brachte. Die erforderliche Distanz ließ sich also im ursprünglichen Erhebungssetting nicht aufrechterhalten, so dass ich mich entschied, zwar Typen von Entscheidungssituationen zu untersuchen, aber jeweils mit verschiedenen Patienten, um eine zu große Vertrautheit zu vermeiden.

### Exemplarische Analyse zweier Arzt/Patient-Gespräche

#### Vorbemerkung

Im folgenden wird der bisher entworfene Rahmen einer soziologischen Analyse der Auswirkung der Standardisierung im Krankenhaus auf dessen Kernbereich exemplarisch verdeutlicht. Dazu wird ein chirurgisches Indikationsgespräch herangezogen. Die Analyse erfolgt nach der Methode der objektiven Hermeneutik (vgl. Oevermann et al. 1979, Oevermann 1983, 1986, 1993a, b, 2000, Leber/Oevermann 1994, Loer 2006b, Wernet 2000).

#### Fallbestimmung und Interaktionseinbettung

Der Fall ist die Praxis des Arzt/Patient-Arbeitsbündnisses im Krankenhaus. Da es bei der Analyse um die Arzt/Patient-Interaktion im Krankenhaus im Hinblick auf die Spannung von standardisierter und individuierter Bezugnahme geht, ist Vorwissen, das diese Aspekte betrifft, gemäß der Methode als Kontextwissen zu betrachten und darf nicht zur Analyse benutzt werden; so wird vermieden, Bekanntes lediglich zu paraphrasieren.

Was die Interaktionseinbettung angeht, so ist vor allem zu berücksichtigen, dass hier neben dem Patienten und dem Arzt nebst dem ihm zugeordneten Personal der Forscher anwesend ist, der das Gespräch – unter Zusicherung von Anonymität und Einhaltung der Schweigepflicht – aufzeichnet. Verwerfungen

im Gesprächsverlauf sind daraufhin zu prüfen, ob sie unter Umständen durch diese Interaktionseinbettung induziert sind.

### Eröffnung der Interaktion mit dem ersten Arzt

Wie in der objektiven Hermeneutik vielfach begründet (vgl. Oevermann 2000: 75f., Wernet 2000: 61, Liebermann 2002: 31), beginnen wir die Analyse mit der ersten Interaktion zwischen dem ersten Arzt und dem Patienten, die aufgezeichnet ist.<sup>47</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Analyse frei von der Kenntnis des äußeren Kontexts erfolgt, d. h. bei der ersten analysierten Sequenzstelle blendet man aus, was man über den Erhebungskontext und über den Untersuchungsgegenstand weiß. Erst im Laufe der Analyse baut sich kumulativ ein innerer Kontext auf, den es bei den jeweils folgenden Sequenzstellen zu berücksichtigen gilt.

1 A1 1: So; \...<sup>48</sup>

Der Sprecher A1 schließt eine vorhergehende Handlung ab und beginnt eine neue; ob diese vorhergehende Handlung (a) eine Phase der Interaktion mit dem oder den Anwesenden oder (b) etwas anderes darstellt, ist an dieser Stelle nicht zu erkennen. Träfe letzteres zu, müsste nun die Begrüßung des oder der Anwesenden erfolgen und die Markierung der Zäsur richtete sich nicht an diese, sondern wäre so etwas wie eine innere Überprüfung und Bestätigung der Agenda. Träfe die erste Lesart zu, müsste dies im Beginn der neuen Interaktionsphase deutlich werden.

.../ Herr Bauer; \...<sup>49</sup>

Die Nennung eines Namens mit der leichten Stimmsenkung stellt ein Konstatieren dar. Die neue Handlung trägt den Namen „Herr Bauer“ gewissermaßen als Titel. Es ist wie die Antwort auf die Frage: „Wer kommt als nächstes dran?“ Damit könnte hier die Lesart (a) zutreffen: der Sprecher markierte im Rahmen einer laufenden Verhandlung nun die Phase „Herr Bauer“; gehen wir von der Lesart (b) aus, die oben noch unbestimmt gelassen werden musste, so bekommt sie nun eine spezifische Gestalt, die sie mit der Implikation von Lesart (a) verbindet: der Sprecher bestätigt hier nicht nur rückblickend die Erledi-

<sup>47</sup> Auf die generelle Schwierigkeit, dass der Beginn der Aufzeichnung häufig später liegt als der Beginn der Interaktion sei hier nur verwiesen (vgl. auch Liebermann 2002: 31).

<sup>48</sup> Die Siglen sind wie folgt zu verstehen: Erste Zahl = Nummer der Sprechsequenz (fortlaufend); „A1“ = Sprecher A1 (erster Arzt); zweite Zahl = Nummer der Sprechsequenz des jeweiligen Sprechers; „\...“ = Sprechsequenz wird fortgesetzt. Satzzeichen sind als Intonationszeichen zu verstehen: Fragezeichen = starke Stimmhebung (wie bei Frage); Komma = leichte Stimmhebung; Punkt = starke Stimmsenkung (wie am Satzende); Semikolon = leichte Stimmsenkung.

<sup>49</sup> Alle vorkommenden Namen sind Decknamen. „.../“ = Sprechsequenz wurde bereits vorher begonnen.

gung eines Agenda-Punktes, sondern ruft auch den nächsten Agenda-Punkt auf bzw. benennt ihn. A1 ruft also für die Anwesenden den nächsten Tagesordnungspunkt auf und behandelt sie damit als Kollegen, die mit ihm diesen Punkt abzarbeiten haben.

Es befinden sich aber nur der Patient, Herr Bauer, und der Forscher im Raum, den der Arzt betritt; diese können kaum als Kollegen gelten – aber selbst wenn, hätten sie eigentlich zunächst begrüßt werden müssen. Der Arzt richtet sich also offensichtlich an für ihn, in seiner inneren Realität gegenwärtige Kollegen, mit denen er die Agenda durchgeht; dies könnte auch der generalisierte Andere (vgl. Mead 1934: 154ff.) sein.

Der Patient wird durch diese agenda-bezogene Rede objektiviert und zum Gegenstand eines Handelns gemacht; eine gemeinsame Praxis mit ihm wird nicht eröffnet. Dies gilt auch dann, wenn nunmehr eine (nachholende) Begrüßung erfolgte.

.../ okeh mit der Aufzeichnung?

Ohne Indefinitpronomen muss die Ellipse so aufgelöst werden, dass nach der Tatsache der Aufzeichnung selbst gefragt wird. Der Arzt vergewissert sich hier also eines Einverständnisses bezüglich einer Aufzeichnung. Durch die Intonation, nicht aber durch die Syntax wird der Fragecharakter deutlich. Die elliptische Redeweise bringt eine gewisse Beiläufigkeit zum Ausdruck; gleichwohl muss die Vergewisserung eine gewisse Relevanz besitzen.

Was bedeutet es, dass der Arzt sich dieses Einverständnisses vergewissert, wo es doch in der Verantwortung des Forschers liegt, dieses einzuholen, und in der des Patienten, dem zustimmen?<sup>50</sup> Offensichtlich wird dieses Moment des Einverständnisses, das den sozialen Raum der Arzt/Patient-Interaktion tangiert, vom Arzt als in den Bereich seiner Fürsorge für den Patienten fallend angesehen. Der Arzt setzt damit eine eingeschränkte Autonomie des Patienten insoweit voraus, als er zumindest stets sich dessen Entscheidungen explizit vergewissern muss; damit erhebt er implizit den Anspruch auf Mitverantwortung der Entscheidungen. Da aber die gemeinsame Praxis des Arbeitsbündnisses noch gar nicht initiiert, jedenfalls nicht konkret eröffnet wurde, hat dieser Anspruch etwas Übergriffiges.

Der Patient könnte nun (1) diesen Anspruch zurückweisen, indem er auf seine Autonomie verweist: „das habe ich mit dem Forscher schon geklärt“; er könnte (2) die Verantwortung vollständig an den Arzt übergeben: „das müssen Sie entscheiden“; schließlich könnte er (3) praktisch den Anspruch des Arztes akzeptieren, indem er der Vergewisserungsanfrage nachkommt.

2 P5 1: Ja,<sup>51</sup>

<sup>50</sup> Es war ja mit den Ärzten vereinbart – und auch hier so verfahren worden –, dass die Patienten neben der mündlichen Einverständniserklärung auch eine schriftliche unterzeichnen.

<sup>51</sup> P5 ist der Patient, Herr Bauer.

Es wird deutlich, dass der Patient die Berechtigung der Nachfrage anerkennt und der Einschätzung, dass es in Ordnung ist, dass aufgezeichnet wird, zustimmt. Die leichte Stimmhebung<sup>52</sup> bringt u. U. eine Überraschung zum Ausdruck. Diese könnte zum einen dadurch motiviert sein, dass der Sprecher nicht mit einer Nachfrage gerechnet hat, weil er sich als in dieser Hinsicht völlig autonom erlebt; zum anderen dadurch, dass er die Nachfrage an dieser Stelle nicht erwartet bzw. an ihr etwas anderes erwartet hat.

Nachdem nun erfolgreich die Vergewisserung eingeholt wurde, kann dieser Aspekt als abgeschlossen gelten und eine nächste Phase eingeleitet werden.

3 A1 2: sehr gut;

Der Arzt greift die Einverständnisvergewisserung nochmals auf, indem er sie bewertet. Diese Bewertung bedarf eines Maßstabs bzw. eines Interesses an dem für „sehr gut“ befundenen Zustand. Der Sprecher bewertet es als „sehr gut“, dass es „okeh mit der Aufzeichnung“ ist. Er hat also offensichtlich daran ein Interesse. Worin könnte das bestehen? Der Sprecher könnte die Aufzeichnung (a) selbst benötigen; er könnte (b) ein Interesse an etwas haben, für das die Aufzeichnung Voraussetzung ist; schließlich könnte er (c) schlicht am ungestörten Ablauf ein Interesse haben.

Angesichts des Kontexts: der Arzt ist nicht selbst Forscher und verwertet die Aufzeichnung nicht, ist Lesart (a) ausgeschlossen. Es bleiben (b): hier könnte er ein Interesse an den Forschungsergebnissen haben, und (c). Das Interesse müsste jeweils relativ stark sein, um die explizite Bewertung zu motivieren.

Nun wäre zu erwarten, dass einer der Sprecher zum Tagesordnungspunkt „Herr Bauer“ übergeht.

#### Anamnestisch-diagnostische Phase des Arbeitsbündnisses – oder standardisierte Datenerhebung?

(3'' Geräusche: Papier)<sup>53</sup>

Die durch Papiergeräusche gefüllte Pause von drei Sekunden zeigt, dass die Beteiligten sich für den nächsten, bereits benannten Tagesordnungspunkt „Herr Bauer“ noch orientieren müssen. Unter Beiziehung des Kontexts ist es der Arzt, der sich, anhand von Krankenakten, noch orientieren muss; darin, dass er die Akten zu Rate zieht, statt den Patienten zu befragen, verstärkt sich die Tendenz, den Patienten wie ein Objekt zu behandeln und nicht in eine ge-

<sup>52</sup> Dass der Sprecher noch weiterreden wird oder hätte weiterreden wollen, ist nicht wahrscheinlich, da zum einen die Äußerung faktisch nicht weitergeht, zum anderen es vom Text her keine Anzeichen für eine Unterbrechung gibt.

<sup>53</sup> Runde Klammern zeigen non-verbale Momente der Audio-Aufzeichnung an.

meinsame Praxis mit ihm einzutreten. Diese Tendenz steht in Spannung zu der Fürsorge bezüglich des Einverständnisses.

4 P5 2: Die Zerrung ist wieder aufgetreten; \...

Bleiben wir im durch den Sprecher A1 eröffneten Rahmen, so tritt P5 hier als eine Art Falldarsteller auf, der nun zum Tagesordnungspunkt „Herr Bauer“ Sachliches beiträgt. Allerdings müssten wir dann unterstellen, dass non-verbal von Sprecher A1, der ja eine Art Versammlungsleiter-Position innehat, P5 nun das Wort erteilt wurde.

Was bedeutet es, dass der Patient sich hier wie ein Falldarsteller verhält? Er ist vom Arzt zuvor einerseits in eine Objekt-Rolle gerückt, andererseits wie ein Beteiligter an der Agenda behandelt worden; diese doppelte Position nimmt er nun offensichtlich ein. Das wird auch daran deutlich, dass er nicht zunächst die Empfindung thematisiert, sondern eben eine quasi-diagnostische Kategorie verwendet.

.../ die ich schon mal, vor einem halben Jahr hatte.

Die nüchterne, distanzierte Falldarstellung setzt sich fort; der Ausgangspunkt für die Initiierung eines Arbeitsbündnisses: der Leidensdruck, wird hier nicht artikuliert;<sup>54</sup> er kommt nur sehr indirekt zum Ausdruck. Für den Arzt wäre es nun wichtig, sich zu fragen, ob diese Distanzierung selbst ein Moment der Krankheit darstellt – etwa in dem Sinne, dass der Patient damit die eigentliche Problematik seiner Erkrankung, die er verspürt, verdeckt.

5 A1 3: mmh, der Doktor Fuhrmann der hat sie damals behandelt, ne? \...

Der Arzt lässt sich stattdessen auf die Distanzierung ein und betritt den Weg der Faktenklärung, ohne dass diese – zumindest zunächst – auf die Gestalt, in der die Fakten bei diesem konkreten Patienten auftreten, als besondere Ausdrucksgestalt berücksichtigt würden.<sup>55</sup>

.../ Und jetzt hatten Sie schon den Doktor Vogelweide kennengelernt?

Die Erhebung der Aktenlage wird durch scheinbare Zuwendung personalisiert.

6 P5 3: den kenn ich ja nun schon lange

Dass der Patient hier zurückweisend reagiert, kann nun wiederum als Ausdruck des Leidensdrucks gesehen werden, denn es ist – zumindest prima vista – nicht einsichtig, was die Frage mit seinem Anliegen zu tun hat; hier sieht

<sup>54</sup> Man könnte an dieser Stelle aus der empirischen Analyse den Schluss ziehen, dass die aus der Professionalisierungstheorie abgeleitete Kategorie des Arbeitsbündnisses sich nicht als Begriff bewährt, womit auch die Theorie selbst sich als revisionsbedürftig erweisen könnte.

<sup>55</sup> Eine ähnliche Problematik findet sich bei Polizeinotrufen, wo häufig die Aufnahme der für das Formblatt erforderlichen Daten eine größere Aufmerksamkeit des diensthabenden Polizisten auf sich zieht als der Notfall, wegen dessen der Anrufer die Notrufnummer wählte (vgl. Ley 1995). Dort sind es Vorgaben der Verwaltung, die das Handeln der Polizisten bestimmen; ob es sich auch hier so verhält, wäre zu untersuchen.

man, dass die aus der Diffusität der Arzt/Patient-Beziehung sich speisende Legitimation des Arztes, thematisch unbegrenzt Fragen zu stellen, doch rückvermittelt werden muss an das die Beziehung konstituierende Moment des Leidens. Da die Fragen des Arztes dem Patienten aber nicht stets unmittelbar einsichtig sein können, bedarf es des Vertrauens darin, dass der Arzt habituell nur die ärztlich relevanten Fragen stellt („specificity“), woraus folgt, dass alle seine Fragen als legitim gelten („diffuseness“). Letztlich müssen sich die Fragen als einsichtig *erweisen können* (vgl. oben, S. 14); das Vertrauen sichert aber, dass sie sich nicht sur place als einsichtig *erweisen müssen*. Dieses Vertrauen aufzubauen, ist dem Arzt bisher offensichtlich nicht gelungen.

[...] <sup>56</sup>

11 A1 6: Beim Urologen warn Se auch schon mal gewesen?

Diese Information hat der Arzt dem Klinik-Datenblatt über diesen Patienten entnommen, das er am Computer vor sich hat. Während der Erhebung war immer wieder zu beobachten, dass die Patienten – teilweise minutenlang – schweigend vor einem schweigenden Arzt sitzen, der auf einem PC-Bildschirm liest bzw. Daten in den PC eingibt. Es ist also nicht nur so, dass außerhalb der Arzt/Patient-Interaktion viel Zeit mit Dokumentation verbracht wird, also nach dem Gespräch mit dem Patienten; vielmehr wird während des Arzt/Patient-Gesprächs erhebliche Zeit auf die Dokumentation verwendet. Diese Zeit der anwesenden Abwesenheit des Arztes, wo also ein Angehöriger der gemeinsamen Praxis sich vollständig aus ihr zurückgezogen zu haben scheint, erzeugt eine erhebliche Spannung, die man als Anwesender körperlich spürt. Diese anwesende Abwesenheit stellt die gemeinsame Praxis still, der Patient wird gewissermaßen vorübergehend abgestellt, wie ein Auto beim Mechaniker: das Auto wurde in die Werkstatt gebracht, der Mechaniker schaut etwas nach und geht dann wieder an das Auto. – Dass der Arzt hier zudem den Patienten nur als Quelle für die Überprüfung der Richtigkeit der Aktendarstellung behandelt, trägt ein Übriges zur Praxisvermeidung bei.

12 P5 6: Jahaa,

Entsprechend reagiert der Patient: Zustimmung, also das Faktum bestätigend, aber durch die Pragmatik der Frage irritiert.

13 A1 7: Prostata(... [unverständlich]) gemacht worden,

Leider lässt sich nicht genau verstehen, was der Arzt sagt; es handelt sich vermutlich um den Prostatastatus, der beim Patienten gemacht worden ist. Pragmatisch verbleibt der Arzt in der rekonstruierten unpraktischen Struktur.

14 P5 7: ja

<sup>56</sup> Hier wird eine kurze Passage ausgelassen; die Nummerierung der Sequenzfolge wird willkürlich bei 11 fortgesetzt.

Wiederum stimmt der Patient zu, knapp, wie ein Auskunftgeber, nicht wie die Person, um die es geht

15 A1 8: was hat die denn ergeben?<sup>57</sup>

16 P5 8: Das wird jedes Vierteljahr wiederholt=<sup>58</sup>

Auf die Frage, was die Untersuchung denn ergeben habe, antwortet der Patient signifikanterweise nicht. Das ist überraschend, hat er doch als Auskunftgeber bisher bereitwillig, wenn auch knapp die Fakten bestätigt. Es stellt sich aber auch die Frage, ob der Arzt nicht aus der Dokumentation das Ergebnis der Untersuchung ersehen kann. Dem Patienten müsste es dann wie eine Prüfungs- bzw. Kontrollfrage vorkommen. Der Arzt müsste nun die Weigerung deuten – und entweder sein Handeln ändern, oder dem nachspüren, warum der Patient es vermeidet, das Ergebnis zu nennen.<sup>59</sup>

17 A1 9: Warum denn?

Nun ist klar, dass es dem Arzt nicht darum geht, ein ihm unbekanntes Faktum zu erfahren als darum, dass der Patient es ausspricht. Dabei behandelt er ihn aber wie einen Schüler, der zu etwas gebracht werden soll; nicht verpflichtet er ihn im Sinne des Arbeitsbündnisses, auf eine Thematisierung des Unangenehmen, die dann auch durch ihn, den Arzt, als Position in der gemeinsamen Praxis des Arbeitsbündnisses hätte vorgenommen werden können.

18 P5 9: Hja, warum wohl; um das zu stoppen.

Die unwillige Rückfrage des Patienten reagiert genau auf den Prüfungscharakter der Frage. Nur in – als solche klar gerahmten – Prüfungs- und in Verhör-situationen ist es legitim, Fragen nach Sachverhalten zu stellen, die dem Fragenden bekannt sind. Zugleich kommt aber auch das Unhagen zum Ausdruck, „das“ auszusprechen.

19 A1 10: Was zu stoppen,

20 P5 10: Das Karzinom zu stoppen.

21 A1 11: Sie haben n Prostatakarzinom:

22 P5 11: Jaa.

Die Prüfungsstruktur setzt sich hier fort. Wohlwollend kann man sagen, dass es dem Arzt eben darum geht, dass der Patient „Krankheitseinsicht“ zeigt; er baut aber so gerade nicht Vertrauen auf; vielmehr reduziert er die diagnostisch-anamnestische Phase des Arbeitsbündnisses auf das Erheben von Fakten und erweckt zudem den Eindruck des Kontrolleurs. – Entsprechend entnervt reagiert der Patient.

<sup>57</sup> Die Unterstreichung markiert Betonung.

<sup>58</sup> Das Gleichheitszeichen markiert einen schwebenden Tonfall.

<sup>59</sup> Dass letzteres vorliegt, dafür spricht auch die distanzierende Versachlichung – vom „die“ des Arztes zum „das“. – „Das ist von Bedeutung; aber der Doktor hat nicht verstanden, was es bedeutet.“ (von Weizsäcker 1928: 48)

23 A1 12: Das ist für mich ne wichtige Information; okeh. emm, wie weit ist das denn fortgeschritten?

Nun sieht der Arzt sich genötigt zu einer Rechtfertigung, die aber genau den Eindruck des Informationssammlers, der den Patienten zum Auskunftgeber macht, verstärkt.

24 P5 12: Chbin Laie, das kann ich Ihnen nich sagen; jedes Vierteljahr wird s Pe der PeEsA Wert gemessen und je nachdem trifft der Professor seine Anordnungen.

Der Patient ist als Person außen vor, kann sich noch weiter zurückziehen („Laie“), da über ihn, aber nicht mit ihm gesprochen wird. Hier ergänzen sich die eingangs bereits beim Arzt festgestellte Struktur der Vermeidung der gemeinsamen Praxis und die der (Selbst-) Distanzierung des Patienten wechselseitig. Dass keine gemeinsame Praxis eingerichtet wurde und auf der Basis des Leidensdrucks kein Arbeitsbündnis initiiert wurde, lässt erwarten, dass diese Arzt/Patient-Interaktion nicht zu einem klärenden, therapeutisch den Leidensdruck bearbeitenden Ende kommt. Die Spannung zwischen dem Eingehen-Wollen auf den konkreten Fall und dem Abarbeiten standardmäßiger Vorgaben springt hier ins Auge; dem Arzt gelingt es nicht, das Abarbeiten der Vorgaben in die Praxis des Arbeitsbündnisses hineinzunehmen.

[...] <sup>60</sup>

31 A1 16: Also ich denke wir brauchen auf jeden Fall, wenn Sie wieder Schmerzen in der Hüfte haben, ne aktuelle Röntgenbildgebung, das ist wichtig, dass wir erst mal ein äh

Der Arzt verbleibt im Modus des Datensammlers, was ihn dann gegenüber dem Patienten zu immer neuen Begründungen nötigt; eine gemeinsame Praxis im Sinne des Arbeitsbündnisses ist nach wie vor nicht eingerichtet. In den folgenden Äußerungen setzt sich die Struktur fort und verstärkt sich, da der Patient sich nun weigert, die Daten zu liefern bzw. herstellen zu lassen:

32 P5 16: ja, dann holn Se sich doch das Bild ran mit der Röntgenaufnahme

33 A1 17: Genau, aber aktuell heißt (‘) von heute nicht von vor drei Monaten; <sup>61</sup> das alte Bild kann ich mir angucken, aber das neue Bild {wäre} <sup>62</sup>

34 P5 17: darum wollt} ich Sie bitten (3’)

35 A1 18: hatte der Doktor Ruwer damals als unauffällig (‘) befundet, da sagten Sie beim Doktor Ruwer waren Sie, ja (P5: ja) das hatte der da hier als unauffällig befundet und da vertrau ich der ähm da vertrau ich dem Doktor Ruwer, dass der das richtig befundet hat, und wenn Sie jetzt aber wieder neue Schmerzen haben, kann das sein das das aktuelle Bild wieder anders aussieht als das von damals und deshalb müssen wir heute noch mal röntgen, wenn sie einverstanden sind;

36 P5 18: Nein, da möchte ich erst mit Herrn Herr Oberarzt sprechen

<sup>60</sup> Auch hier wird eine Passage ausgelassen und die Nummerierung der Sequenzfolge willkürlich (bei 31) fortgesetzt.

<sup>61</sup> (Das eingeklammerte Hochkomma steht für eine kurze Sprechpause.

<sup>62</sup> Geschweifte Klammern schließen gleichzeitig Gesprochenes ein.

37 A1 19: Okeh, wir könn das auch äh, wir könn das auch so machen, dass wir den Doktor Vogelweide noch zu Ihnen reinschicken, aber das aktuelle Röntgenbild (1 Wort [unverständlich]) wie gesagt schon eine sinnvolle Sache, Herr Bauer.

38 P5 19: Aber nicht, wenn es erst vor so kurzer Zeit gemacht worden ist.

39 A1 20: Ich guck mal nach, wann das gemacht worden ist, vielleicht reicht das ja auch, wenn das zweitausendacht gemacht wordn ist, schon vor einem Jahr, dann äh, wäre es schon sinnvoll. Ne Röntgenübersicht von der Hüfte\...

Dem Arzt gelingt es offensichtlich nicht mehr, den Patienten von dem Sinn der vorgeschlagenen diagnostischen Maßnahme zu überzeugen; er kann ihn weder als Kollegen erreichen, was er eine Zeitlang versuchte, noch durch persönliche Anrede, die aufgesetzt wirkt, als ganze Person ansprechen, um so doch noch mit dem Patienten als Patienten ein Arbeitsbündnis einzurichten. Im folgenden soll noch illustriert werden, wohin das initiale Verfehlen des Arbeitsbündnisses führt.

An dieser Stelle zeigt sich spätestens, dass das Verfehlen des Arbeitsbündnisses nicht Konsequenzen für die Begriffsbildung hat und etwa zu einer Revision der Professionalisierungstheorie führen muss, wie man eingangs noch hätte vermuten können (vgl. Fn. 54); vielmehr wird deutlich, dass das Verfehlen zu Verwerfungen in der empirisch vorfindlichen Realität führt, die gerade mithilfe des vorweg entworfenen Begriffs des Arbeitsbündnisses<sup>63</sup> erklärt werden können.

#### Der Kunde ist König

[...] <sup>64</sup>

51 A1 26: .../ also Sie, verstehen Sie, das ist ne klinische Untersuchung, wo wir sagen können, das könnt so sein, das könnt so sein= was wichtig wäre, dass wir ein aktuelles Röntgenbild machen, jetzt (1 Wort [unverständlich]) so dass wir das spätere Bild und das vorige Bild vergleichen können, um einfach mal zu sehen, ist da was neu aufgetreten ist, aber wenn Sie das Röntgenbild nicht machen möchten, dann=

52 P5 26: Ich möchte das nicht schon wieder gemacht haben.

53 A1 27: Okeh, dann kann ich das verstehen (1'') ja?

54 P5 27: Ja.

55 A1 28: Gut. Setzen Sie sich doch äh hin. Em, was erwarten Sie denn von uns? Was sind Ihre Erwartungen?

<sup>63</sup> Der Begriff selbst ist seinerseits empirisch gesättigt, wurde er doch selbst wie auch die Professionalisierungstheorie aus materialen Analysen entwickelt. – Eine Kategorisierung der Arzt/Patient-Interaktion als „Aushandlungsprozess“, wie sie neuerdings des öfteren zu finden ist (vgl. u. a. Holmberg 2005: 10f.), stellt eine systematische Verkürzung dar und verfehlt die Struktur des Arbeitsbündnisses.

<sup>64</sup> Erneute Auslassung einer Passage; willkürliche Fortsetzung der Nummerierung (bei 51).

Hier kippt das Gespräch in ein Verkaufsgespräch um: der Kunde ist König. Die Eigenständigkeit der gemeinsamen Praxis eines Arbeitsbündnisses, in der auch gegen die Erwartungen des Patienten dessen Heilungsinteresse durchgesetzt werden muss und in dem der Patient auch eine Selbstverpflichtung übernehmen und Maßnahmen zulassen muss, deren Sinn er nicht unmittelbar einseht, die er aber aus dem Vertrauen der Arzt/Patient-Beziehung heraus akzeptiert, fehlt hier vollständig.

56 P5 28: Meine Erwartung ist, dass der Oberarzt Doktor Vogelweide mir wieder Tabletten verschreibt;

57 A1 29: ah ja, okeh;

58 P5 29: denn das hat er damals, als das schon mal aufgetreten ist, und das

59 A1 30: und das hat Ihnen gut geholfen?

60 P5 30: das hat mir geholfen, ja.

61 A1 31: Ja gut,

Man kann vermuten, dass der Arzt hier dem „Kunden“ lieber etwas „verkauft“, was er haben möchte, statt ihn zu verlieren. – Der Aufgabe des Arztes im Arbeitsbündnis: die Interessen des Patienten stellvertretend auch gegen dessen Widerstände zu vertreten (s. o., Fn. 35), kann hier nicht mehr nachgekommen werden.

### Eröffnung der Interaktion mit dem zweiten Arzt

1 A2 1: Tag,

Wie bei der Eröffnung durch den ersten Arzt befinden sich beim Eintreten des zweiten Arztes der Patient und der Forscher (F) im Raum; anders aber als beim ersten Arzt werden die beiden vom Eintretenden durch Entbieten der Tageszeit begrüßt.<sup>65</sup> Dabei verwendet der Arzt eine lässige Abkürzung des formal korrekten Grüßes, was die damit eröffnete Praxis als alltägliche charakterisiert. Ohne in eine Praxisvermeidung zu verfallen, wie es beim ersten Arzt zu beobachten war, wird der Krisenhaftigkeit, die für den Patienten im Leidensdruck als dem Ausgangspunkt, den Arzt aufzusuchen, besteht, durch die Form der Begrüßung abgemildert.

2 P5 1: Guten Tag.

In der formal korrekten Antwort des Patienten wird deutlich, dass für ihn die Situation nicht ohne weiteres als alltäglich gelten kann.

3 A2 2: Na, (F: Hallo) mein lieber Herr Bauer, wie geht's Ihnen?

<sup>65</sup> Zum Grüßen generell s. die Analyse von Ulrich Oevermann (1983) sowie von Tilman Allert (2005).

Ohne hier die detaillierte Sequenzanalyse darlegen zu können, liegt doch schon auf der Hand, dass beim zweiten Arzt in der namentlichen und vertraulichen Adressierung des Patienten eine persönliche Zuwendung erfolgt, die es kaum möglich macht, sich dem Ansinnen einer gemeinsamen Praxis zu entziehen. Im Rahmen dieser persönlichen Zuwendung wird dann das Befinden thematisiert – und zwar zunächst das allgemeine Befinden, womit gleich klar ist, dass der Patient hier nicht als Exemplar einer DRG,<sup>66</sup> sondern als Individuum, als ganze Person thematisch ist.<sup>67</sup>

#### Die Einrichtung und Perpetuierung des Arbeitsbündnisses

- 4 P5 2: Ja, bis auf die Schmerzen hier  
 5 A2 3: im Popo  
 6 P5 3: im Hüftbereich, (1'') sonst geht's mir gut;

Der Patient nimmt die Ansprache auf und stellt im Rahmen seiner guten Gesamtbefindlichkeit den Leidensdruck: die Schmerzen im Hüftbereich, heraus. Die Zwischenbemerkung des Arztes drückt eine weitere Veralltäglichsung aus; sie stellt geradezu das Gegenteil der diagnostischen Fachsprache dar, die zwischen dem ersten Arzt und dem Patienten herrschte und die, wie wir gesehen haben, eher dem Verbergen als dem Benennen des Problems diente.

- 7 A2 4: Ja?  
 8 P5 4: Ja. (1'')

Auch dieses kleine Element, fast eine Art ‚Tuning‘ (vgl. Stern et al. 1975), ist für die Einrichtung und Aufrechterhaltung des Arbeitsbündnisses als gemeinsamer Praxis ein wichtiger Baustein: Beide Angehörige dieser gemeinsamen Praxis versichern sich des wechselseitigen Einverständnisses.

- 9 A2 5: Kommen Sie jetzt wegen der Hüftschmerzen,  
 10 P5 5: {Ja.  
 11 A2 6: ja, ne,}

Es erscheint erstaunlich, dass der Arzt diese Frage stellt, hat doch der Patient gerade genau das gesagt. Aber im Gegensatz zum ersten Arzt, der den Patienten etwas fragt, was er aus den Akten schon weiß, und ihn so einer Prüfung unterzieht, macht der zweite Arzt, indem er etwas fragt, was er vom Patienten

<sup>66</sup> Die Klassifikation nach Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) ist ein Moment der Standardisierung, das die Arzt/Patient-Beziehung beeinflusst (vgl. Neumann 2009).

<sup>67</sup> Zu fragen wird sein, ob die Einrichtung eines Arbeitsbündnisses zwischen konkretem Arzt und konkretem Patienten als ganze Person durch die Strukturen des Krankenhauses gestützt wird, oder ob der Arzt gegen diese Strukturen arbeiten muss. Holger Pfaff und Fülöp Scheibler stellen jedenfalls fest: „Durch die Standardisierung der Medizin wird die Behandlung in der Tendenz abhängig vom Krankheitsbild, aber unabhängig von den konkreten Patienten und dem konkreten Arzt.“ (2006: 436)

weiß, deutlich, dass er ihn hier als Patient adressiert – und dass unter Umständen die Hüftschmerzen nur ein Aspekt des Leidensdrucks sind.

- 12 P5 6: Ich hatte das ja während der Reha-Zeit (A2: mmh) und da hatten Sie mir dreierlei Tabletten aufgeschrieben und die hatt ich genommen und dann ist der Schmerz weggegangen und jetzt plötzlich nach nem halben Jahr ist er wieder aufgetreten. (1'') Ihr Kollege hat mich schon untersucht {und  
 13 A2 7: ja hatt er,} {ne,  
 14 P5 7: ([unverständlich]) gemacht, (9'')

An dieser Passage ist bemerkenswert, wie – trotz der gewählten Ausdrucksweise des Patienten – er das Phänomen des Schmerzes lebendig aus der Perspektive des Erlebenden schildert. Zudem finden wir wieder das Anzeigen der Aufmerksamkeit durch den Arzt.

- 15 A2 8: Behaltend Se doch Platz

Auch hier findet sich die Absorption des Arztes durch den Computer, denn die neun Sekunden Pause entstehen, so können wir aus dem Kontext erläutern, dadurch, dass der Arzt am Bildschirm Daten aufruft und liest. In der Zuwendung zum Patienten, die dann erfolgt, ist es aber wieder sofort die praktische Ebene, in der er zunächst auf ihn eingeht. Die Wahrnehmung des Patienten als anwesender Person wird, nach der Phase der abwesenden Anwesenheit des Arztes, deutlich markiert.

- 16 P5 8: Danke  
 17 A2 9: müssen doch nicht so stramm stehen da (lacht)  
 18 P5 9: das hab ich noch gelernt  
 19 A2 10: (lacht)  
 20 P5 10: so alt wie ich bin (schmunzelt) (1'5'') [währenddessen mitunter Tastaturgeräusche]

Erneut findet hier eine ‚Befragung‘ des Computers anstelle des Patienten statt; die unterstützenden Hilfsmittel greifen hier in die Arzt/Patient-Beziehung massiv ein und es bedarf einer deutlich auf die Aufrechterhaltung des Arbeitsbündnisses gerichteten Interaktion durch den Arzt, um dem gegenzusteuern.

- 21 A2 11: aber die tut ihnen doch jetzt noch weh die Hüfte, die war mal gut und die tut jetzt wieder weh, Herr Bauer

Die Informationen, die der Arzt mittlerweile eingeholt hat, wendet er konkret auf das Leiden des Patienten an – das „aber“ zeigt, dass der Arzt einen Widerspruch zwischen manifester Aussage des Patienten und der Präsupposition seines Handelns bemerkt hat, welcher, einen Ansatzpunkt für ein genaueres Verständnis der Problematik darstellt.

- 22 P5 11: ja, ich weiß nicht warum das so ist  
 23 A2 12: ja, aber nee, weil, weil hier steht, dass Sie nicht geröntgt werden wollen,

Der Patient artikuliert nun, das „aber“ als Markierung der Erklärungsbedürftigkeit aufnehmen, seine Hilflosigkeit als Patient, woraufhin der Arzt die erforderliche Diagnostik bzw. deren Verweigerung durch den Patienten thematisiert. Damit zielt er genau auf den Widerstand ab, den der erste Arzt wegen des Misslingens der Einrichtung eines Arbeitsbündnisses nicht bearbeiten konnte.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Analyse sprechen die folgenden Sequenzen für sich. Der Arzt nimmt den Widerstand des Patienten auf, entzieht ihm aber anschaulich die Grundlage. Auch hier geht es offensichtlich nicht um ein „Aushandeln“ oder um ein argumentatives Überzeugen; vielmehr plausibilisiert der Arzt zunächst sein – im Interesse des Patienten, also stellvertretend für ihn, vorgebrachtes – Anliegen auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung:

- 24 P5 12: nein weil ich meine das so is noch gar nicht so lange her, dass
- 25 A2 13: über n halbes Jahr, {wissen Se was da
- 26 P5 13: ch hab aber} nichts Außergewöhnliches gemacht;
- 27 A2 14: Sie können ja lügen (P2 lacht) Wissen Se was passiert ist, in dem halben Jahr? Da war Herbst, da war Winter, jetzt ist wieder Frühling
- 28 P5 14: ch geh nicht mehr Skilaufen (lacht)

#### Stellvertretend für den Patienten – gegen ihn

Im folgenden wendet der Arzt den Blick auf den wirklich in Rede stehenden Gegenstand: die Notwendigkeit einer neuen Befunderhebung, ohne den letzten Widerstand des Patienten gegen die Relevanz eines solchen Zeitraums nun weiter zu berücksichtigen. Nach der plausibilisierenden Darlegung der Prozesshaftigkeit und Veränderungsgesättigkeit der vergehenden Zeit fällt nun die Wende auf die Bedeutung dieser Einsicht für den Patienten wie eine reife Frucht vom Baum:

- 29 A2 15: (lacht) natürlich passiert da viel; also, wenn die Hüfte genau gleich ist, (P2: ja) dann haben wir die gleiche Situation wie damals auch, (P2: ja) ja, dann ist das nicht schlimm, unser Problem ist ja immer wenn tatsächlich so ne Arthrose fortschreitet, und wenn die schnell fortschreitet, dann sehen Sie halt n deutlichen Unterschied in dem halben Jahr, und dann kann man daraus auch was ersehen; wir brauchen jetzt nicht rumzubehandeln, wenn Ihre Arthrose jetzt schlimmer ist (4'') mmh, weil das is, lassen Se s uns mal machen; wenn es genauso geblieben ist, (P2: ja) ja, \...

Hier sei wiederum auf das „atunement“ hingewiesen, das der Arzt vollzieht, indem er die Zustimmung des Patienten stets wahrnimmt und aufnimmt (fragende Wiederholung des „ja“ des Patienten).

- .../ das Bild, dann können Se richtig zufrieden nach Hause gehen, können sagen, was bin ich für n toller Hecht, was hab ich für schöne Hüften; also ich wünsch es

Ihnen ja, aber? Man, man muss da nachgucken, wenn die Schmerzen weg waren und wiedergekommen sind, (2'') \...

Die Begründung wird nun auf die Lebenssituation und auf das Selbstbild des Patienten sowie auf die konkrete Einbettung des Leidensdrucks zurückgebunden, so dass die Einsicht in die Notwendigkeit der diagnostischen Maßnahme nicht abstrakt argumentativ erzeugt werden muss, sondern konkret gesättigt aus der Verknüpfung mit der besonderen Situation des Patienten hervorgeht.

.../ erlauben Sie mir das?

30 P5 15: aber sicher erlaube ich Ihnen das

Zuletzt wirft der Arzt seine Person, die er aber zuvor als stellvertretend für den Patienten überzeugend deutlich gemacht hat, in die Wagschale; die Zustimmung des Patienten ist fast nur noch ein Korollar; gleichwohl wird der Beschluss so nochmals explizit sanktioniert: die Entscheidung ist in der gemeinsamen Praxis gefallen.

31 A2 16: (lacht) gut; dann machen wir das jetzt. (13'') Linke Hüfte in zwei E-benen. (2'') so; (3'') bis gleich.

Der Arzt bestätigt die Entscheidung; das Subjekt des Satzes bringt den gemeinsamen Vollzug zum Ausdruck.

32 P5 16: Bis gleich.

33 A2 17: Nur die linke Hüfte, habe ich jetzt gesagt, nicht mehr, wir röntgen nichts Unnötiges,

34 P5 17: Danke.

Dadurch, dass der Arzt nun noch einmal die Bedenken des Patienten aufnimmt, versichert er ihn praktisch nochmals der Tatsache, dass die gemeinsame Entscheidung eine Entscheidung im Interesse des Patienten ist; er bestätigt erneut das Arbeitsbündnis durch Vollzug.<sup>68</sup>

35 A2 18: Gut (lacht) Tschüß

36 P5 18: Tschü:ß<sup>69</sup>

Das Lachen, die vertrauliche Verabschiedung des Arztes und die fast zärtliche Antwort des Patienten bringen eine Phase des Arbeitsbündnisses erfolgreich zum Abschluss und eröffnen zugleich die Möglichkeit, nach Vorliegen des Befunds nahtlos daran anzuknüpfen.

<sup>68</sup> Das macht auch deutlich, dass der Arzt hier nicht paternalistisch das aus seiner Sicht für Gut gehaltene dem Patienten wohlwollend auferlegt, auch ist es nicht lediglich „jener [vom Arzt geforderte] Takt [...], der es nicht erlaubt, Entscheidungen [...] ohne weiteres aus generellen Regeln abzuleiten“ (Wieland 1986: 125); vielmehr arbeitet der Arzt stellvertretend das für diesen besonders Patienten Erforderliche heraus und führt im Arbeitsbündnis eine Entscheidung dazu herbei, die sich im Vollzug als Entscheidung des Arbeitsbündnis' erweist und bewähren muss.

<sup>69</sup> Der Doppelpunkt markiert eine Dehnung des Vokals.

## Fazit

Es dürfte deutlich geworden sein, dass im Zentrum des Kernbereichs des Krankenhauses: im Zentrum der medizinischen Versorgung, eine Interaktionspraxis ihren Ort hat, die als gemeinsame Praxis des Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient in keiner Weise standardisierbar ist. Das heißt aber, dass alle Standardisierungsmaßnahmen, auch Maßnahmen die durch Messen der Leistung eines Arztes im Arzt/Patient-Gespräch diese auf Kennzahlen zu bringen versuchen, um über möglichst angemessene Abrechnungsmodi dieser Leistung ihren Wert zuzumessen, diese verfehlen müssen. Eine Differenz wie die hier festgestellte bei der Einrichtung des Arbeitsbündnisses, lässt sich in der hier vorgeschlagenen Weise rekonstruieren, aber sie lässt sich nicht als Leistungsdifferenz messen. Ärzte können als Mitglieder der Profession sehr wohl untereinander feststellen, wer etwa ein guter Diagnostiker ist, wer gut zu den Patienten Beziehungen aufbauen kann usw. D. h. die professionsinterne Logik wird beherrscht von den Vertretern der Profession und die Beurteilung der Ärzte untereinander findet – mehr oder weniger explizit – statt und wie in der Wissenschaft ist Kritik<sup>70</sup> hier das Ferment der Entwicklung. Auf standardisierte Weise können aber die hier explizierten Interaktionsmuster nicht beurteilt werden.<sup>71</sup>

Standardisierung im Krankenhaus muss also stets darauf geprüft werden, inwiefern sie der Bearbeitung des konstitutiven Handlungsproblems, inwiefern sie der Eigengesetzlichkeit der medizinischen Versorgung gerecht wird und sie stützt. Dass dies an Stellen, wo man es zunächst vermutet – etwa indem man den Arzt an seinem Arbeitsplatz digital mit sämtlichen Patientendaten versorgt – durchaus nicht automatisch der Fall ist, deutete sich in unseren Analysen an. Standardisierungsmaßnahmen und Standardisierungspotenziale wären als je spezifische zu untersuchen in ihren konkreten Auswirkungen auf den Kernbereich des Krankenhauses, in dem dieses seinen Zweck hat und aus dem es seine Legitimation bezieht: die medizinische Versorgung mit ihrem Zentrum, dem Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient.

---

<sup>70</sup> Zur Rolle der Kritik in der Wissenschaft s. Liebermann/Loer 2007 u. Loer/Liebermann 2009.

<sup>71</sup> Ute Luise Fischer wies an dieser Stelle darauf hin, dass sich allerdings in der Analyse zeigt, dass die gelingende Interaktion, in der das Arbeitsbündnis hergestellt wird, auch aus Kostenerwägungen effizienter ist, denn durch die Einrichtung des Arbeitsbündnisses erreicht der zweite Arzt nicht nur die medizinisch sinnvollen nächsten Schritte, was dem ersten Arzt gar nicht möglich war; er erreicht sie zudem auf schnelle Weise. Man könnte also sagen: Das Arbeitsbündnis (und der Einsatz der für seine Einrichtung nötigen Ressourcen) „rechnet sich“.

## Literatur

- Allert, Tilman (2005): Der deutsche Gruß. Geschichte einer unheilvollen Geste. Berlin
- Behrens, Johann (2003): Vertrauensbildende Entzauberung: Evidence- und Eminentz-basierte professionelle Praxis. Eine Entgegnung auf den Beitrag von Werner Vogd: „Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie“. In: Zeitschrift für Soziologie 3: 262-269
- , Gero Langer (2006): Evidence-based Nursing and Caring: Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Bern
- Business Week (2007): The World's 50 Most Innovative Companies ([http://bwnt.businessweek.com/interactive\\_reports/most\\_innovative](http://bwnt.businessweek.com/interactive_reports/most_innovative); letzter Aufruf: 19. Okt. 2009)
- (2008): The World's 50 Most Innovative Companies ([http://bwnt.businessweek.com/interactive\\_reports/innovative\\_companies](http://bwnt.businessweek.com/interactive_reports/innovative_companies); letzter Aufruf: 19. Okt. 2009)
- (2009): The World's 50 Most Innovative Companies ([http://bwnt.businessweek.com/interactive\\_reports/innovative\\_50\\_2009/?chan=magazine+channel\\_in%3A+inside+innovation](http://bwnt.businessweek.com/interactive_reports/innovative_50_2009/?chan=magazine+channel_in%3A+inside+innovation); letzter Aufruf: 19. Okt. 2009)
- Collins, James C., Jerry I. Porras (1994): Built to Last. Successful Habits of Visionary Companies. New York
- Erikson, Erik H. (1961): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart
- Freud, Sigmund (1913): Zur Einleitung der Behandlung. In: ders., Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Achter Band: Werke aus den Jahren 1909–1913, Frankfurt/M. 1990: 454-478
- (1938): Abriss der Psychoanalyse. In: ders., Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Siebzehnter Band: Schriften aus dem Nachlass, Frankfurt/M. 1983: 63-138
- Gadamer, Hans-Georg (1964): Zum Problem der Intelligenz. In: ders. 1993b: 65-83
- (1990): Philosophie und praktische Medizin. In: ders. 1993b: 121-132
- (1993a): Vorwort. In: ders. 1993b: 7ff.
- (1993b): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt/M.
- Gambetta, Diego (ed.) (1988): Trust: Making and braking of cooperative relations. New York
- Girtler, Roland (1997): Landärzte. Als Krankenbesuche noch Abenteuer waren. Wien, Köln, Weimar
- Greenson, Ralph R. (1965): The Working Alliance and the Transference Neurosis. In: Psychoanal Q: 155-181
- (14. Aufl. 1988): The Technique and Practice of Psychoanalysis. Volume 1. Madison/Conn.
- Hall, Oswald (1951): Sociological Research in the Field of Medicine – Progress and Prospects. In: ASR: 639-644
- Hindo, Brian (2007): At 3M, A Struggle Between Efficiency And Creativity. How CEO George Buckley is managing the yin and yang of discipline and imagination. In: Business Week: 11.6.2007
- Holmberg, Christine (2005): Diagnose Brustkrebs. Eine ethnografische Studie über Krankheit und Krankheitserleben. Frankfurt/M., New York
- Horkheimer, Max, Theodor W. Adorno (1944): Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. Amsterdam

- Kettner, Matthias, Thomas Loer (2008): Standardisierung und Professionalisierung in der Klinik. Von Zielkonflikten zu Synergien? Witten/Herdecke (Projektantrag 11.3.2008)
- Lamnek, Siegfried (2002): Pattern variables. In: Endruweit, Günter, Gisela Trommsdorf (eds.), Wörterbuch der Soziologie, Stuttgart: 397
- Leber, Martina, Ulrich Oevermann (1994): Möglichkeiten der Therapieverlaufs-Analyse in der Objektiven Hermeneutik. Eine exemplarische Analyse der ersten Minuten einer Fokalthherapie aus der Ulmer Textbank („Der Student“). In: Garz, Detlef, Klaus Kraimer (eds.), Die Welt als Text. Theorie, Kritik und Praxis der objektiven Hermeneutik, Frankfurt/M.: 383-427
- Lerich, René (ed.) (1936): Encyclopédie Française. Tome 6: L'être humain. Paris
- Ley, Thomas (1995): Polizeiliche Notrufkommunikation. Eine Einzelfallstudie. In: Die Polizei 1: 13ff.
- (1998): Krise und Routine. Polizeiliche Behandlung von Notrufen. In: BKA-Kriminalistisches Institut (ed.), Forum 1998. 27. und 28. Mai 1998, Wiesbaden: BKA, 65-78
- (2004): Objektive Hermeneutik in der Polizeiausbildung. Zur sozialwissenschaftlichen Grundlegung eines Curriculums. Berlin
- Liebermann, Sascha (2002): Die Krise der Arbeitsgesellschaft im Bewußtsein deutscher Unternehmensführer. Eine Deutungsmusteranalyse. Frankfurt/M.
- , Thomas Loer (2007): Krise der Kritik. Die Misere der Universität – eine Misere der Kollegialität. In: Franzmann, Andreas, Barbara Wolbring (eds.), Zwischen Idee und Zweckorientierung. Vorbilder und Motive von Hochschulreformen im 20. Jahrhundert, Berlin: 196-214
- , — (2009): Krisenbewältigung oder Verantwortungsdelegation? Analytische Anmerkungen zum Arbeitsbündnis in fallorientierter Beratung von Organisationen. In: AIS-Studien 1: 29-42
- Loer, Thomas (2003): [Rezension von] Henning Nuissl, Anna Schwarz & Michael Thomas: Vertrauen – Kooperation – Netzwerkbildung. Unternehmerisches Handlungsressourcen in prekären regionalen Kontexten. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2002. In: sozialer sinn 3: 557-563
- (2006a): Zum Unternehmerhabitus – eine kultursoziologische Bestimmung im Hinblick auf Schumpeter. Karlsruhe: Universitätsverlag Karlsruhe (Studienhefte des Interfakultativen Instituts für Entrepreneurship an der Universität Karlsruhe, Heft 3; <http://www.uvka.de/univerlag/volltexte/2006/125/>)
- (2006b): Streit statt Haft und Zwang – objektive Hermeneutik in der Diskussion. Methodologische und konstitutionstheoretische Klärungen, methodische Folgerungen und eine Marginalie zum Thomas-Theorem. In: sozialer sinn 2: 345-374
- (2007): Die Region. Eine Begriffsbestimmung am Fall des Ruhrgebiets. Stuttgart
- (2008): [Rezension von] Rychner, Marianne: Grenzen der Marktlogik. Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2006. In: sozialer sinn 2: 387-392
- (2009): Die Sozialform des Teams als besondere Form von Kollegialität. Soziologische Konzeptualisierungen und analytische Erwägungen zur Praxis von Teamarbeit und -beratung. In: Kaegi, Urs, Silke Müller (eds.), Change auf Teamebene. Multiperspektivische Betrachtungen zu Teams in organisationalen Veränderungsprozessen, Zürich: 41-58
- , Sascha Liebermann (2009): Technokratisierung durch Selbstentmachtung. Anmerkungen zum Versagen der wissenschaftlichen Profession und eine alternative Antwort auf die Probleme der Hochschule heute. In: Kellermann, Paul, Manfred Boni,

- Elisabeth Meyer-Renschhausen (eds.), *Zur Kritik europäischer Hochschulpolitik. Forschung und Lehre unter Kuratel betriebswirtschaftlicher Denkmuster*, Wiesbaden: 65-93
- Mead, George Herbert (1934): *Mind, Self, and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago, London
- Neumann, Herbert A. (2009): Was lässt sich über die ökonomischen und klinischen Konsequenzen von DRGs in Deutschland bereits sagen? In diesem Band •••
- Nuissl, Henning (2002): Bausteine des Vertrauens – eine Begriffsanalyse. In: *BJS*: 87-108
- Oevermann, Ulrich (1983): Zur Sache. Die Bedeutung von Adornos methodologischen Selbstverständnis für die Begründung einer materialen soziologischen Strukturanalyse. In: von Friedeburg, Ludwig, Jürgen Habermas (eds.), *Adorno-Konferenz 1983*, Frankfurt/M.: 234-289
- (1986): Kontroversen über sinnverstehende Soziologie. Einige wiederkehrende Probleme und Mißverständnisse in der Rezeption der „objektiven Hermeneutik“. In: Aufenanger, Stefan, Margrit Lenssen (eds.), *Handlung und Sinnstruktur. Bedeutung und Anwendung der objektiven Hermeneutik*, München: 19-83
- (1993a): Die objektive Hermeneutik als unverzichtbare methodologische Grundlage für die Analyse von Subjektivität. Zugleich eine Kritik der Tiefenhermeneutik. In: Jung, Thomas, Stefan Müller-Doohm (eds.), „Wirklichkeit“ im Deutungsprozeß. *Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften*, Frankfurt/M.: 106-189
- (1993b): Struktureigenschaften supervisorischer Praxis. Exemplarische Sequenzanalyse des Sitzungsprotokolls der Supervision eines psychoanalytisch orientierten Therapie-Teams im Methodenmodell der objektiven Hermeneutik. In: Bardé, Benjamin, Dankwart Mattke (eds.), *Therapeutische Teams. Theorie – Empirie – Klinik*, Göttingen: 141-269
- (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, Arno, Werner Helsper (eds.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, Frankfurt/M.: 70-182
- (2000): Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis. In: Kraimer, Klaus (ed.), *Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung*, Frankfurt/M.: 58-156
- (2001): Die Soziologie der Generationenbeziehungen und der historischen Generationen aus strukturalistischer Sicht und ihre Bedeutung für die Schulpädagogik. In: Kramer, Rolf-Torsten, Werner Helsper, Susann Busse (eds.), *Pädagogische Generationsbeziehungen. Jugendliche im Spannungsfeld von Schule und Familie*, Opladen: 78-128
- (2008): „Krise und Routine“ als analytisches Paradigma in den Sozialwissenschaften (Abschiedsvorlesung).  
([http://www.agoh.de/cms/index.php?option=com\\_remository&Itemid=293&func=stardown&id=69](http://www.agoh.de/cms/index.php?option=com_remository&Itemid=293&func=stardown&id=69); letzter Aufruf: 19. Okt. 2009)
- (2009): Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In: Becker, Roland, Silke Müller, Stefan Busse, Gudrun Ehlert (eds.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit*, Wiesbaden: 113-142
- , Tilman Allert, Elisabeth Konau, Jürgen Krambeck (1979): Die Methodologie einer „objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, Hans-Georg (ed.), *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*, Stuttgart: 352-434

- Orem, Dorothea E. (1980): *Nursing: Concept of Practice*. New York u. ö.
- Ortmann, Günther, Jörg Sydow, Arnold Windeler (1997): *Organisation als reflexive Strukturation*. In: Ortmann, Günther, Jörg Sydow, Klaus Türk (eds.), *Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft*, Opladen: 314-354
- Parsons, Talcott (1939): *The Professions and Social Structure*. In: ders., *Essays in Sociological Theory*, New York, London 1949: 34-49
- , Edward Albert Shils (1951): *Values, Motives, and Systems of Action*. In: dies. (eds.), *Toward a General Theory of Action*, New York: 45-275
- Pfaff, Holger, Fülöp Scheibler (2006): *Versorgung und Versorgungsqualität im Krankenhaus. Standardisierung und Individualisierung als Trends*. In: Wendt, Claus, Christof Wolf (eds.), *Soziologie der Gesundheit*, Wiesbaden: 432-443
- Plessner, Helmuth (1981): *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. (Gesammelte Schriften IV)* Frankfurt/M.
- Pschyrembel (261., neu bearbeitete und erw.. Aufl. 2007): *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch*. Berlin, New York
- Rohde, Johann Jürgen (1962): *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. Stuttgart
- Rychner, Marianne (2006): *Grenzen der Marktlogik. Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis*. Wiesbaden
- Scheid, Claudia (1999): *Krankheit als Ausdrucksgestalt. Fallanalysen zur Sinnstrukturiertheit von Psychosomatosen*. Konstanz
- Schipperges, Heinrich (1985): *Der Garten der Gesundheit. Medizin im Mittelalter*. München, Zürich
- Schumpeter, Joseph Alois (1928): *Unternehmer*. In: ders., *Beiträge zur Sozialökonomik*, Wien, Köln, Graz 1987: 137-157
- (1934): *Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung. Eine Untersuchung über Unternehmergeinn, Kapital, Kredit, Zins und den Konjunkturzyklus*. Berlin
- Simon, Fritz B. (2007): *Einführung in die systemische Organisationstheorie*. Heidelberg
- Stern, Daniel N., J. Jaffe, B. Bebee, S. Bennett (1975): *Vocalizing in unisono and in alteration: Two modes of communication within the mother-infant dyad*. In: *Annals of the New York Academy of Sciences* 263: 89-99
- Unschuld, Paul U. (2009): *Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin*. München
- von Harrach, Eva-Marie, Thomas Loer, Oliver Schmidtke (2000): *Verwaltung des Sozialen. Formen der subjektiven Bewältigung eines Strukturkonflikts*. Konstanz
- von Weizsäcker, Viktor (1987): *Krankengeschichte*. In: ders., *Der Arzt und der Kranke. Stücke einer medizinischen Anthropologie*, Frankfurt/M.: 48-66
- Weber, Max (5., revid. Aufl. 1985): *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie*. Tübingen
- Wernet, Andreas (2000): *Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik*. Opladen
- Wieland, Wolfgang (1986): *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft*. Heidelberg