SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Die Bedeutung von "Rahmen" (frames) für die Arzt-Patient-Interaktion: eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem, "was der Fall ist" im gewöhnlichen Krankenhausalltag

Vogd, Werner

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Vogd, W. (2002). Die Bedeutung von "Rahmen" (frames) für die Arzt-Patient-Interaktion: eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem, "was der Fall ist" im gewöhnlichen Krankenhausalltag. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, *3*(2), 321-346. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-279718

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more Information see: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Werner Vogd

Die Bedeutung von „Rahmen“ (frames) für die Arzt-Patient-Interaktion. Eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem, „was der Fall ist“ im gewöhnlichen Krankenhausalltag.

Zusammenfassung
Noch bevor sich eine Arzt-Patient-Beziehung in konkreter Form entfalten und entwickeln kann – sei es in paternalistischer oder demokratischer Form –, prägen zuvor getroffene Situationsdefinitionen, sogenannte „Rahmen“, ihre Gestaltung. Diese Rahmen stellen im Sinne von Goffman sozusagen eine Wirklichkeitssicht, eine Perspektive dar, in der ein gegebenes Problem gesehen und verstanden werden kann. Es ist zu erwarten, dass diese Situationseinschätzungen die Arzt-Patient-Beziehung in erheblichem Maße beeinflussen. Am Beispiel verschiedener medizinischer Abteilungen (Chirurgie, Innere Medizin, Psychosomatische Medizin) wird die Dynamik unterschiedlicher medizinischer Rahmungsprozesse rekonstruiert. Hierzu fanden auf drei Stationen (zwei Krankenhäuser der Maximalversorgung und ein Universitätsklinikum) jeweils 8- bis 10-wöchige Feldaufenthalte statt, in denen Ärzte unterschiedlicher Funktionsbereiche begleitet wurden, wobei deren Kommunikationen soweit wie möglich schriftlich fixiert wurden. Mit den ärztlichen und einigen nicht-ärztlichen Mitarbeitern der Stationen wurden anschließend Leitfaden-Interviews durchgeführt (insgesamt 30). Die Auswertung erfolgt anlehnend an die dokumentarische Methode von Bohnsack in den drei Schritten „formulierende Interpretation“, „reflektierende Interpreta-

Abstract
This article talks about definitions of situations called “frames” which influence the doctor-patient-relationship before it could be developed concretely, e.g. in a paternalistic or democratic way. In Goffman’s sense, these frames show a perspective of reality where a problem could be defined. The appraisals of these situations have extreme effect on the doctor-patient-relationship. The dynamic of different medical processes within the framework is reconstructed exampled by various medical departments (e.g. surgery, internal medicine, psychosomatic medicine). Between 8 through 10 weeks, research took place at three different wards (two hospitals with a maximum capacity and one university hospital), and the doctors’ communication was written down. In addition, questionnaire-interviews were carried out with medical and non-medical staff of the wards (altogether 30). The evaluation of this research is oriented on Bohnsack’s documentary method containing the following three steps: the “formulated interpretation”, the “reflected interpretation” and the “comparative analysis”. The development of a doctor-patient-relationship is influenced by many important factors such as patients’ suggestions, changed economical conditions, and anticipation of possible juristic consequences, dynamic of interaction within the team, specific problem

tion“ und „komparative Analyse“. Die Analyse zeigt auf, dass Patientenerwartungen, veränderte ökonomische Rahmenbedingungen, die Antizipation möglicher juristischer Konsequenzen, die Interaktionsdynamik im Team, fachspezifische Problemdefinitionen, aber auch die Spezifika der Krankenhaushierarchie eine wichtige Rolle für die Gestaltung der Beziehung zum Patienten spielen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Arzt-Patient-Interaktionen komplexe soziale Prozesse darstellen, die nur über die Systemdynamik medizinischer Organisationen, insbesondere dem reziproken Abtasten von Erwartungen und den sich hieraus entfaltenden „Täuschungsmanövern“, verstanden werden können.

definitions, or specific aspects of the hospital hierarchy. The results of this research show clearly, that the doctor-patient-interaction could be identified as complex social processes. These processes could only be understood by the dynamic of the system of medical organizations, especially with reciprocal searching for expectations, and out of this the developed “ploy”.

1. Fragestellung

Die so genannte Arzt-Patient-Beziehung ist ein Kernthema medizinsoziologischer Forschung und stellt neben *evidence-based-medicine* und Qualitätsmanagement eins der Lieblingsthemen der gesundheitspolitischen Forderungen dar. Unter dem Anspruch einer demokratischen Medizinkultur (Stichwort „shared-decision-making“, „informed consent“) werden hier nicht nur von Experten einschlägige ethisch-normative Anforderungen an Ärzte gestellt. All die normativen Forderungen, die berechtigt oder unberechtigt an die moderne Medizin gestellt werden, können hier ihren Ausdruck finden, laufen jedoch dabei oft in die Leere, denn mit dem Fokus auf den Arzt-Patient-Kontakt werden in der Regel weder Kontext und Bedingungen noch der eigentliche Inhalt ärztlicher Arbeit hinreichend beachtet. Denn: Macht nicht die unmittelbare Arzt-Patient-Beziehung für den modernen Arzt nur noch einen Bruchteil seiner eigentlichen ärztlichen Tätigkeit aus und spielen nicht für das ärztliche Handeln und Entscheiden Faktoren eine gewichtigere Rolle, die außerhalb derselben liegen? Um hier bei Berg (1992) anzuschließen: Finanzen, Organisation, Patientenakte, Untersuchungsergebnisse, medizinische Kriterien, Formularoptionen und ähnliches gestalten eine komplexe Sphäre medizinischen Wirkens, in der die Subjektivität des Patienten bestenfalls noch eine Randstellung in der Prozessierung seiner Krankheit innehat[1]. Entsteht mit der Fokussierung auf den Inhalt der Arzt-Patient-Beziehung nicht ein Bias, unter dem all die anderen Aspekte ärztlichen Handelns stillschweigend übergangen werden? Wie Atkinson (1995) beschreibt, erscheinen diese dann gleichsam naturgegeben, kulturfrei, als unveränderbarer Kontext einer objektiv-wissenschaftlichen Medizin, während die sozialen Konstituenten eben dieser Praxis dann verschleiert bleiben. Als Konsequenz werden die Inhalte der Arzt-Patient-Beziehung ethisch überfrachtet und

bedeutungsmäßig überbewertet, während die alltägliche Praxis der Ärzte, ihr Erleben und ihr konjunktiver Erfahrungsraum demgegenüber auch in der medizinsoziologischen Forschung unterbelichtet bleiben. Nur wenige neuere Studien fokussieren die wissenssoziologische Dimension medizinischen Handelns (s. hierzu: Atkinson 1995, Berg 1992, Cicourel 1990).

Im Kontrast zum Mangel an rekonstruktiver Forschung über die konkreten Bedingungen ärztlicher Handlungspraxis steht der breite Diskurs über normative Modelle hinsichtlich der „richtigen“ Arzt-Patient-Beziehung. In der Literatur findet man hierzu unter Namen wie „informed consent“, „shared decision making“, „informed decision making“ unterschiedlichste Schattierungen und Modifikationen. Wenngleich auch unter der Patientenperspektive durchaus Zweifel an der Praktikabilität der Modelle anzumelden ist, da hier oft ein Idealtyp von einem Patienten konstruiert wird, der sich eher am autonomen Gesunden als am hilfsbedürftigen Kranken orientiert (s. z.B. Charles et al. 1997 u. 1999, Guadagnoli et al. 1998), wird die Diskrepanz zwischen Modell und Realität noch größer, wenn die ärztliche Praxis genauer unter die Lupe genommen wird. Braddock et al. (1999) stellen beispielsweise fest, dass Chirurgen gegenüber Internisten ihren Patienten weitaus mehr Zeit zur Aufklärung widmen, schlussfolgern aber am Ende ihrer Analyse, dass diese Präferenz nicht ethischen Motiven geschuldet sei, sondern der juristischen Anforderung, sich legitimatorisch abzusichern. Eine soziologische Analyse der Arzt-Patient-Beziehung sollte deshalb im Sinne von Max Weber[2] hinter die normativen Kategorien steigen und sich zur Aufgabe machen, den Sinn des realen Alltagshandelns professioneller Akteure zu rekonstruieren. Es kann und darf nicht darum gehen, anhand populärer und politisch opportun erscheinender Maßstäbe an die Medizin weitere (unerfüllbare) moralische Ansprüche zu stellen. Stattdessen sollte versucht werden, ihre Handlungspraxis verstehend zu erschließen. Dabei kann es jedoch nicht genügen, die Analyse dieser Praxis im Sinne des Weberschen Handlungsbegriffs auf die zweckrationalen Motive der beteiligten Akteure zu beschränken, denn einerseits können aus einer systemtheoretischen Perspektive »die Existenzbedingungen eines einzelnen Systems nicht auf eine Formel gebracht, auf einen Zweck reduziert werden«. Neben den manifesten Zielen muss hier auch von latenten Funktionen ausgegangen werden, »wobei der Sinn des Handelns [...] nicht in der Intention des Handelnden liegen und ihm nicht bewusst sein« muss (Luhmann 1966: 186). Praxis findet vielmehr in einer „polykontexturalen“ Gleichzeitigkeit verschiedenster Funktionsbezüge statt, die das intentionale Bewusstsein des Einzelnen überschreiten und deren Prioritäten in kommunikativen Prozessen immer wieder ausgehandelt werden müssen[3]. Komplementär hierzu kann andererseits auch aus der Akteursperspektive heraus gesehen ärztliches Handeln nicht nur auf seine intentionalen Aspekte beschränkt werden, sondern muss immer auch habitualisierte atheoretische Wissensbestände (*tacit knowledge*) mit einschließen, die ihrerseits komplexe Sinnbezüge gestalten, die als Habitus jedoch keinen Zweck verfolgen, sondern vergangenen sozialen Praxen geschuldet sind und deshalb nur in ihrer Soziogenese verstehbar werden. In diesem Sinne soll in dieser Studie versucht werden, die Bedingungen realer Praxis zu rekonstruieren. Zunächst folgt eine ausführlichere Schilderung der zugrunde liegenden Methodik. Im Anschluss daran folgen die Ergebnisse sowie die abschließende Diskussion.

2. Methode

Dokumentarische Methode und Rahmenanalyse

Um den habituellen Aspekten ärztlicher Praxis gerecht werden zu können, lehnt sich diese Studie an die *dokumentarische Methode* an (Bohnsack 1999), ergänzt durch einige Konzepte aus Goffmans *Rahmenanalyse* (1996). Die dokumentarische Methode nimmt die Differenz von Theorien *über* Handlungspraxis und die Handlungspraxis selber zum Ausgangspunkt ihrer Sinnrekonstruktion (Bohnsack 2001: 227). Sie unterscheidet diesbezüglich verschiedene Sinnebenen. Der *immanente* Sinngehalt entspricht den (zweckrationalen) Um-zu-Motiven im Sinne des *common sense*. Hier agieren Akteure entsprechend rational nachvollziehbarer Handlungsentwürfe. Ihre Motive sind kommunikativ in typologisch abstrahierter Form vermittel- und nachvollziehbar. Dass beispielsweise ein Arzt ein starkes Schmerzmedikament verschreibt, *um* einem Patienten unnötiges Leiden zu ersparen, ist unmittelbar und ohne näheres Verständnis des Kontextes versteh- und kommunizierbar. Als kommunikative Wissensbestände erlauben sie als »Common-Sense-Typenbildung« die reziproke Antizipation von Rollenerwartung und bilden so ein »Orientierungsschema« (Bohnsack 2001: 209), um auch ohne konkrete Kenntnisse über die realen Lebensbedingungen des kommunikativen Gegenüber mit diesem rechnen zu können. Ohne Detail- und Kontextwissen kann dieses in die eigenen Handlungsentwürfe einbezogen und kommunikativ adressiert werden. Der *dokumentarische Sinngehalt* demgegenüber zielt auf einen anderen Modus der Sozialität, nämlich »die auf unmittelbarem Verstehen basierende „konjunktive“ Erfahrung« und die sich hieraus in »wechselseitiger Interpretation [...] vollziehende „kommunikative“ Beziehung« (Bohnsack 1999: 67). Die dokumentarische Methode muss in ihrer Arbeit der Sinnrekonstruktion gerade hier ansetzen. Im Verständnis der Ethnomethodologie stellt sie deshalb auch eine »Methode der Kontextualisierung von Äußerungen« dar (Bohnsack 1998: 110). Da der Sozialforscher – im Gegensatz zum Alltagsverständnis der *Common-Sense-Typenbildung* – in den allermeisten Fällen nicht über die lebensweltliche Erfahrung innerhalb des zu untersuchenden Milieus verfügt, muss er versuchen, diese in seinen Begriffen strukturidentisch zu rekonstruieren. Dies geschieht, indem er in der »genetischen« oder »dokumentarischen Interpretation« versucht, den »(für eine Persönlichkeit oder ein Kollektiv typischen) "modus operandi"« dieser Praxis zu »rekonstruieren« (Bohnsack 1999: 68). Ein Forscher müsste beispielsweise aus der Beobachtung der medizinischen Praxis heraus den Prozess aufzeigen können, *wie* es dazu kommt, dass ein Patient ohne eine medizinische Indikation ein bestimmtes Medikament verschrieben bekommt. Anlehnend an Karl Mannheim wechselt Bohnsack hier vom Zweck zum Prozess. »Gemeint ist der Wechsel von der Frage danach, *was* Motive sind, zur Frage, *wie* diese hergestellt, zugeschrieben, konstruiert werden«. Im Sinne von Luhmanns Beobachtungen zweiter Ordnung werden hier »die Prozesse und die Prozessstrukturen der Herstellung von Motivzuschreibungen selbst thematisiert« (Bohnsack 2001: 228). Erst durch die Unterscheidung zwischen *immanentem* und dokumentarischem *Sinngehalt* lässt sich im Sinne meiner Untersuchungsfragestellung die zu erwartende Spannung

zwischen den normativen und zweckrationalen Aspekten gegenüber den systemrationalen und habituellen der Arzt-Patient-Beziehung herauspräparieren. Letzteres ist »nicht an Um-zu-Motiven orientiert, nicht zweckrational motiviert. [...] Das habituelle Handeln vollzieht sich gleichsam unterhalb der institutionalisierten Ablaufmuster und der dazugehörigen *kommunikativen* Wissensbestände und in Auseinandersetzung mit diesen« (Bohnsack 1998: 111).

Das Konzept der »Orientierungs*rahmen*«, wie Bohnsack diese tief in die Praxis eingewobenen Sinnorientierungen im Kontrast zu den zweckrationalen Motiven, den Orientierungs*schemata,* benennt (Bohnsack 2001: 229 f.), lässt sich unter gewissen Voraussetzungen durch Goffmans „*Rahmenanalyse*“ erweitern[4]. Goffman entwickelte seinen Rahmenbegriff in Anlehnung an *Batesons* (1992: 241ff.) Untersuchungen zum Spielverhalten von Tieren. Ein Rahmen entspricht hier sozusagen einer Wirklichkeitssicht, einer Perspektive, in der ein gegebenes Problem gesehen und verstanden werden kann. Rahmen stellen gewissermaßen das Organisationsprinzip der menschlichen Erfahrung und Interaktion dar. Die Rahmenanalyse dient dabei im wesentlichen der Klärung »dessen, was in Interaktionen und Aktivitäten eigentlich vor sich geht« (Knoblauch 2000: 172). Unterschiedliche Rahmen führen zu verschiedenen Problemsichten, wobei jedoch der konkret Handelnde, wenn er »ein bestimmtes Ereignis erkennt«, dazu neigt, »seine Reaktion faktisch von einem oder mehreren Rahmen oder Interpretationsschemata bestimmen zu lassen, und zwar von solchen, die man primäre nennen könnte. [...] Ein primärer Rahmen wird eben so gesehen, dass er einen sonst sinnlosen Aspekt der Szene zu etwas Sinnvollem macht« (Goffman 1996 S. 31). »Zusammengenommen bilden die primären Rahmen einer sozialen Gruppe einen Hauptbestandteil von deren Kultur, vor allem insofern, als sich ein Verstehen bezüglich wichtiger Klassen von Schemata entwickelt, bezüglich deren Verhältnissen zueinander und bezüglich der Gesamtheit der Kräfte und Wesen, die von Schemata entwickelt, bezüglich deren Verhältnissen zueinander nach diesen Deutungsmustern in der Welt vorhanden sind (Goffman 1996: 37)«. Rahmen können *moduliert* werden etwa in dem Sinne, dass eine ursprünglich ernsthafte oder gar bedrohliche Situation nun in den Kontext von Spiel, Simulation oder einer Übung transformiert wird. Als Grenzfall einer *Modulation* im Sinne von *so-tun-als-ob* entsteht die Täuschung, in der nur ein Teil der Kommunikationspartner über das Manöver Bescheid weiß. Im Sinne einer "Täuschung in guter Absicht" können etwa der Krankenkasse medizinische Gründe genannt werden, um einen Patienten aus sozialen Gründen etwas länger im Krankenhaus behalten zu können. Goffman sieht in der medizinischen Behandlung gar das »Musterbeispiel paternalistischer Täuschung«, denn hier herrsche »die klassische Gewohnheit, schlechte Nachrichten einem Patienten vorzuenthalten, der bald sterben wird oder dessen Situation hoffnungslos ist« (Goffman 1996: 117). Insbesondere mit dem Verständnis von Modulationen der Formen »so-tun-als-ob« und »in-anderen-Zusammenhang-stellen« erscheinen im ärztlichen Handeln zusätzliche Autonomie sowie Freiheitsgrade in der Abwehr von Zugriffsversuchen von außen. Im Gegensatz zu einer subjektphilosophischen Deutung dieser Phänomene liegt in dieser Untersuchung – entsprechend einer soziologischen Perspektive – das Augenmerk darauf, wie diese Praxen im *konjunktiven* Erfahrungsraum Krankenhaus hergestellt werden[5]. Die Bedeu-

tung kollektiver Modi in der Herstellung von Täuschungen wurde schon in den 60er Jahren von Rohde bemerkt und mit der Aussage kolportiert, dass das Verhältnis zwischen freier Praxis und Krankenhaus »vor allem dann "stimmt", wenn das, was man der Krankenkasse berichtet, nicht stimmt« (Rohde 1974). Aus einem systemtheoretischen Blickwinkel können hinter diesen und ähnlichen Manövern latente Funktionen identifiziert werden[6].

Das »reflexive und metakommunikative Sinntatsachen« fokussierende Konzept der Rahmenanalyse (Willems 1997: 309) erlaubt ebenso wie der Blick auf den *modus operandi* der kollektiven Herstellung von Sozialität in der dokumentarischen Methode die Abstraktion von Details fallspezifischer Besonderheiten. Im Gegensatz zur Ethnografie steht die Entwicklung formaler Theorien im Vordergrund, die sich jedoch in der Praxis gründen. Die komparative Analyse stellt hierzu den methodologischen Schlüssel dar, denn im Sinne der „Seinsverbundenheit des Wissens" können sich die professionslogischen Besonderheiten medizinischen Handelns einem Fach- und Milieufremden nicht unmittelbar zeigen, sondern nur über die Methode des Vergleichs. Indem verschiedene Abteilungen, Praxisformen und Fallbeispiele miteinander in Beziehung gesetzt werden, erscheinen über die Analyse der Gemeinsamkeiten und Unterschiede Kontingenzen und Abhängigkeiten als ein Bedeutungsgewebe, das mit zunehmenden Vergleichshorizonten an Struktur gewinnt. Das den Vergleich strukturierende Dritte (*tertium comparationis*) stellt jeweils ein gemeinsames Thema dar, das in den unterschiedlichen Kontexten verhandelt wird. Ein Thema zeichnet sich durch strukturelle Gemeinsamkeiten aus, die eher auf formalen als auf inhaltlichen Kriterien beruhen, denn erst durch diese Abstraktion werden die Loslösung vom Einzelfall und hieraus die später folgenden Verallgemeinerungen möglich. Die Identifikation der Themen erfolgte empirienah aus den Beobachtungen der ärztlichen Entscheidungspraxis. Hieraus kristallisierten sich einige stationsübergreifende Thematiken heraus, wie etwa: Patientenaufklärung, Fehlverhalten von Patienten, Umgang mit suizidalen Patienten, geeigneter Entlassungstermin, risikoreiche diagnostische Eingriffe, Verlegung schwieriger Patienten, Patientenwunsch nach nicht-indizierten medizinischen Eingriffen, prekäre medizinische Interventionen. Der Abstraktionsgrad dieser Themenstellung erlaubt es, sich vom unmittelbaren Krankheitsgeschehen des Patienten zu lösen und so auch die Prozessierung im Einzelfall recht unterschiedlicher Krankheitsbilder vergleichend zu betrachten, natürlich unter der Voraussetzung vorhandener struktureller Homologien in der Bearbeitung. Als organisatorische Einheit ärztlichen Handelns wird hier jeweils die einzelne Station betrachtet, denn letztlich müssen die Konsequenzen medizinischer Handlungspraxis vom ganzen Team getragen (und verantwortet) werden[7]. Für die komparative Analyse ergeben sich hieraus dann Vergleichsmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Themen und verschiedenen Stationen. Die Analyse beschränkt sich in dieser Studie auf Themen, die im weitesten Sinne organisatorische, ökonomische sowie Probleme der legitimatorischen Absicherung betreffen. Näher im medizinischen Bereich liegende Konflikte, wie etwa die Patientenaufklärung und diagnostische Unsicherheit, werden an dieser Stelle nicht behandelt.

Datengrundlage und Auswertung

Die bisherige Datengrundlage liefern drei Feldforschungsaufenthalte in unterschiedlichen Kliniken, in deren Rahmen zum einen Beobachtungsprotokolle erstellt wurden, in denen besonderes Augenmerk auf ärztliche Interaktionen gelegt wurde. Ergänzend wurden zum anderen die professionellen Akteure, insbesondere die Ärzte, in Einzelinterviews hinsichtlich beobachteter Fälle sowie anderer als prekär erlebter Entscheidungssituationen befragt. Im Zentrum der hier vorgestellten Analyse stehen die Ereignisse auf einer Station der Inneren Medizin eines Allgemeinkrankenhauses, flankierend beleuchtet durch die Kontraste jeweils einer chirurgischen Station eines Allgemeinkrankenhauses sowie einer psychosomatischen Station eines Universitätsklinikums. Als weiterer Kontrast ist im Rahmen dieser Untersuchung beabsichtigt, noch eine zweite Station der Inneren Medizin zu besuchen, diesmal jedoch in einem Universitätsklinikum[8]. Die Auswertung des hier vorgestellten Materials erfolgt analog Bohnsack (1999) in den Schritten „formulierende Interpretation“, „reflektierende Interpretation“ und „komparative Analyse“. Während in der formulierenden Interpretation versucht wird, die Inhalte des Ausgangsmaterials zu erschließen und »innerhalb des Relevanzsystems, des Rahmens der untersuchten Gruppe«, zu rekapitulieren, wird in der »reflektierenden Interpretation« das Augenmerk auf den dokumentarischen Gehalt, den modus operandi der Herstellung dieses Rahmens, gelenkt. Dies geschieht, indem »die Selektivität, d.h. die spezifische Weichen- und Problemstellung bei der Behandlung des Themas und damit der für die Behandlung des Themas ausschlaggebende Rahmen dadurch sichtbar gemacht wird, dass ich Alternativen dagegenhalte, dass ich dagegenhalte, wie in anderen Gruppen die Weichen bei der Behandlung desselben bzw. eines vergleichbaren Themas anders gestellt werden: Es werden Kontingenzen sichtbar« (Bohnsack 1999: 36).

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Themen »geeignete Entlassungstermine«, »soziale Indikation«, »ökonomisch-medizinischer Zielkonflikt«, »Suizidalität und Psychose« vergleichend dargestellt. Abschließend wird ausführlicher unter dem Thema »Behandlung unbehandelbarer Patienten« eine Rahmung im Hinblick auf die Prozesse ihrer interaktiven Herstellung geschildert.

Geeignete Entlassungstermine und Soziale Indikation

Ein einfaches Thema, das in allen beobachteten Stationen verhandelt wird, ist die Wahl des *geeigneten Entlassungstermins.* Dies geschieht immer auch im

Hinblick auf die Gefahr von unangenehmen Regelanfragen seitens der Krankenversicherung. Es wird dabei versucht, ‚ungefährliche' Entlassungstage herauszusuchen, die nicht den Verdacht nähren, den Patienten nur des Geldes wegen länger auf der Station halten zu wollen. So wird lieber mittwochs als montags entlassen, da das untersuchungsarme Wochenende per se verdächtig erscheint. Der Rahmen der Entscheidung liegt hier in der Beziehungsgestaltung zur Krankenversicherung, das heißt im Abtasten diesbezüglicher Erwartungen und Erwartungserwartungen. Ihr Zweck liegt in der Konfliktvermeidung, die Funktion in der Abwehr von Fremdeinflüssen. Organisiert wird der Entscheidungsprozess durch geschicktes Patientenmanagement vom Stationsarzt. In der Regel werden die Patienten in die Gründe für die Entlassung nicht eingeweiht und stattdessen medizinische oder sonstige Gründe vorgetäuscht.

Eine etwas komplexere Entscheidungssituation kann in der Notaufnahme von Patienten ohne Einweisung durch einen ambulanten Arzt bestehen. Falls keine medizinische Indikation der *Unabweisbarkeit* vorliegt, ist das Krankenhaus – unter Strafe bei Nichtbeachtung – veranlasst, die Patienten zunächst wieder zurück an die Hausärzte bzw. ambulanten Fachärzte zu verweisen. Die Rigidität der Indikationsverordnung führt in der Chirurgie zu moralischen Konflikten. Beispielsweise wird es als unethisch empfunden, einen 80-jährigen, der hingefallen ist, wieder fortzuschicken. Entsprechend findet sich hier die inoffizielle Praxis, solche Patienten auch ohne Notfallindikation aufzunehmen. Die Form muss jedoch gewahrt bleiben. »*Den alten Mann kann ich doch nicht nach Hause schicken [...] da lüge ich dann das Blaue vom Himmel*« lautet etwa eine diesbezügliche Aussage eines Stationsarztes. Der Entscheidungsrahmen ist hier ethisch-moralischer Natur, während in der Außendarstellung ein medizinischer Rahmen vorgetäuscht wird. Die Organisation einer Entscheidung zur vorgetäuschten Unabweisbarkeit kann sich im Einzelfall als komplexer sozialer Prozess erweisen, etwa in dem Sinne, dass der Chefarzt unter Strafe anordnet, diese zu unterlassen, der Stationsarzt trotzdem eine Unabweisbarkeit formuliert, diese jedoch nicht selbst unterschreibt, sondern dem Oberarzt ins Fach legt. Letzterer unterschreibt, was wiederum vom Chef wohlwollend übersehen wird[9]. In der Regel wird der Patient in Täuschungen dieser Art nicht eingeweiht. Dies kann Verwirrungen schaffen. Beispielsweise wurden einer ca. 45 Jahre alten Frau aus Bosnien die Gründe für ihren längeren Krankenhausaufenthalt nicht mitgeteilt, was bei ihr merklich zur zunehmenden Beunruhigung über ihren Gesundheitszustand führte. Der Oberarzt hatte sie aus "sozialer Indikation" auf die Innere Station aufgenommen und einige Tage dabehalten, wenngleich die Laborwerte keine Hinweise dafür gaben, den vorgetäuschten medizinischen Grund weiter aufrechterhalten zu können. Hier und in anderen Fällen wurde die ethische Dimension des ärztlichen Handlungsrahmens dem Patienten gegenüber nicht direkt kommuniziert. Der Wunsch, diesen aufgrund einer (vermuteten) schwer wiegenden sozialen Problematik noch etwas auf der Station behalten zu wollen, wurde in der Arzt-Patient-Beziehung nicht expliziert. Der vorgetäuschte biomedizinische Rahmen wird hier weiterhin aufrechterhalten, während die vermuteten psychologischen und sozialen Probleme durch die kommunikative Fixierung auf vermeintliche körperliche Probleme weiterhin unthematisiert bleiben.

Wenn ökonomische Fragen unmittelbar in ärztliche Entscheidungsprozesse hineinspielen, um ein weiteres Thema aufzugreifen, stellt sich die Frage, wie dem Patienten gegenüber der Zielkonflikt zwischen angemessener medizinischer Behandlung und Wirtschaftlichkeitsinteressen der behandelnden Institution in angemessener Form kommuniziert werden können. Herr Kolbe, ein ca. 50-jähriger Patient aus Hamburg, liegt wegen einer Gallenkolik auf einer chirurgischen Station in Berlin. Zunächst wurde mittels einer ERPT (endoskopische retrograde Papillotomie) ein Stein aus dem Gallengang entfernt. Aufgrund weiterer Steine in der Gallenblase ist im Anschluss deren operative Entfernung indiziert. Für das Krankenhaus stellt sich nun das Problem, dass aufgrund der Fallpauschalenregelung der Krankenkassen jedoch nur ein Eingriff vergütet wird. Um die zweite Operation bezahlt zu bekommen, müsste der Patient zunächst entlassen und dann erneut durch einen Hausarzt eingewiesen werden. Für die Ärzte stellt sich nun die Aufgabe, dieses Dilemma handlungspraktisch geschickt zu lösen. Die Ärzte entscheiden sich auch hier, ihre Motive dem Patienten gegenüber nicht zu offenbaren. Während dem Patienten durch die Blume die Anweisung, das Krankenhaus erst einmal verlassen zu sollen, vermittelt wird, lassen die Ärzte ihre eigentlichen Motive versteckt hinter einem Schleier von Diffusität. Die Deutung, ob ihr Wunsch dem akuten Bettenmangel oder anderen Gründen geschuldet ist, obliegt der Phantasie des Patienten. Hierdurch gelingt es, das ökonomische Kalkül, als den für die Entscheidung primären Rahmen, verborgen zu halten, zumal dem Patienten in diesem Fall noch die Handlungsfreiheit suggeriert wird, jederzeit zur Operation in dieses Krankenhaus wiederkommen zu können. Der medizinische Rahmen scheint nach außen gewahrt zu bleiben.

Im Folgenden ein kontrastierendes Beispiel aus der Inneren Medizin. Hier wird der ökonomisch-medizinische Zielkonflikt offen und direkt vor dem Patienten ausgetragen: Herr Traue, 53 Jahre alt, hat eine lange und schwer wiegende Patientenkarriere hinter sich. Nach einer Operation eines Aortenaneurysma entstand aufgrund einer Komplikation eine Darmnekrose. Daraufhin wurde ein Stück Darm entfernt, und ein künstlicher Darmausgang musste angelegt werden. Als Konsequenz der Schwächung der Immunabwehr im Anschluss an die schweren Operationen kam es zur Verpilzung der Bronchien sowie einer Reihe weiterer Komplikationen, in deren Folge der Patient summa summarum nochmals ein halbes Jahr im Krankenhaus verbracht hatte. Nach einer längeren Phase gesundheitlicher Stabilität wurde Herr Traue wegen eines Hepatitis-C-Verdachtes erneut ins Krankenhaus eingewiesen, denn der Hausarzt hatte nach einer Routine-Blutuntersuchung schlechte Leberwerte (hohe Transaminasen) festgestellt. Da jedoch keine spezifischen Antikörper auf Hepatitis-C im Blut nachweisbar waren, entschieden sich die Ärzte zu dem teuren RNA-Nachweis. Nun stellt sich jedoch das Problem, dass die Ergebnisse dieser aufwändigen Untersuchung erst in knapp einer Woche zu erwarten sind, eine so lange Liegezeit aber seitens der Krankenkasse jedoch nicht mehr ohne finanzielle Abzüge toleriert werden wird, ohne dass jetzt etwas zusätzliches Medizinisches geschehe. In der Oberarztvisite spitzt sich der Zielkonflikt zu und wird vor dem Patienten ausgetragen:

10:30 Oberarztvisite, im Patientenzimmer

Dr. Boller*: Herr Traue ... ich habe dann die Blutwerte abgenommen ... die Leberwerte marginal rückläufig*
Oberarzt: *Wie fühlen Sie sich jetzt ...*
Herr Traue: *Ja, eigentlich ganz gut ...*
Oberarzt: *Mit der Operation ist es ja jetzt schon fast ein Jahr her ... jetzt müssen wir überlegen, ob wir die Leber punktieren ... aber da sollten wir jetzt noch die Laborwerte abwarten ... ist jetzt bloß auch die Frage, warum Sie jetzt im Krankenhaus sind*
Dr. Boller: *Das ist jetzt aber eine grundsätzliche Frage, da müssen wir überlegen, wie wir damit umgehen, ob wir dann mit den Liegezeiten ... oder wie wir den Patienten dienen.*
Oberarzt: *Wenn das Krankenhaus geschlossen ist, dann haben die Patienten gar nichts mehr davon ...*
Dr. Boller: *Dann können wir in so einem Fall nichts mehr machen.*
Oberarzt: *Wenn Sie in der Aufnahme gewesen wären, dann hätten Sie den gar nicht aufnehmen dürfen.*
Dr. Boller: *Ja, so was müssen wir jetzt mal grundsätzlich regeln.*
Oberarzt: *Aber jetzt nicht vor dem Patienten.*
Dr. Boller: *Sollte man gerade vor dem Patienten.*
Oberarzt: *Aber nicht jetzt, das ist jetzt ein kranker Mann.*
Dr. Boller: *Die Patienten müssen auch mitkriegen, was hier im Krankenhaus abgeht.*
Oberarzt: *Wann ist denn jetzt mit den Ergebnissen der Laboruntersuchung zu rechnen?*
Dr. Boller: *Das dauert dann mindestens eine Woche.*
Oberarzt: *Wie ist das mit der Kostenübernahme?*
Dr. Boller: *Der ist mit einem AOK-Zettel ohne Stempel gekommen.*
Oberarzt (zum Patienten): *Haben die das genehmigt?*
Herr Traue: *Ja, die haben den Aufenthalt genehmigt.*
Oberarzt: *Okay, ist vorhanden, aber wir entlassen Sie dann am Samstag.*
Auf dem Gang
Dr. Boller (zu dem Beobachter): *Ist jetzt gerade richtig, dass die Patienten hier mitkriegen, was hier abgeht. Sonst heißt es wie bei der Rentenkasse wieder "Wir haben gar nicht gewusst, wie schlimm das ist".*

Der primäre Rahmen des Problems ist ökonomischer Natur. Organisations- und allgemeinpolitische Dimensionen dieser Entscheidung werden vor dem Patienten ausgetragen, ohne ihn jedoch wirklich in den Diskussionsprozess zu involvieren. Der Patient bleibt kommunikativ draußen und wird zum Zuschauer eines gesundheitspolitischen Konfliktes degradiert. Auch in diesem Beispiel dominiert der Primärrahmen mit dem sich hieraus ergebenden Zielkonflikt und verstellt die Kommunikation zum Patienten. Die scheinbare gegenüber dem Patienten vorherrschende Offenheit wird hier zur Farce, da seine eigentlichen Interessen, der Grund für seinen Krankenhausaufenthalt, außerhalb des verhandelten Themas stehen. Analog zum Beispiel aus der Chirurgie schließt weder die Kommunikation der Ärzte noch die diesbezügliche Rahmung an die Bedürfnisse der Patienten an. In einer weitergehenden komparativen Analyse müsste über die Fragestellung dieses Artikels hinaus die Frage thematisiert werden, unter welchen Bedingungen der für Krankenhausverhältnisse recht ungewöhnliche Fall auftreten kann, dass dieser Konflikt, wie im letzten Beispiel, zum einen direkt vor dem Patienten und zum anderen unter Missachtung der üblichen Hierarchie gegen den expliziten Wunsch des Oberarztes ausgetragen wird. Aufschluss für diese Frage könnte dann die nähere Analyse der strukturellen Besonderheiten dieser Station für Innere Medizin geben: Diese wird überwiegend

von Altassistenten geführt, die keine Aufstiegschancen mehr zu erwarten haben. Darüber hinaus befindet sich das untersuchte Krankenhaus zur Zeit in einer Phase einer fremd bestimmten Umstrukturierung, die bei den Ärzten großen Unmut auslöst. Im Kontrast hierzu lassen die größeren Abhängigkeitsverhältnisse der unter befristeten Verträgen arbeitenden jungen Stationsärzte in der Chirurgie, wie vermutlich auch im weiteren Kontrast des Universitätsklinikums, ein offensichtliches Ausscheren aus der hierarchischen Ordnung unwahrscheinlicher erscheinen.

Suizidalität und Psychose

Die psychische Auffälligkeit eines Patienten stellt aus verschiedenen Gründen das Stationsgeschehen massiv in Frage. Entsprechend bedeutsam erscheint die Abwehr von Verrücktheit vermeintlich psychiatrischer Patienten. Die psychiatrische Diagnose selber wird dabei zu einem Rahmen, der moduliert und transformiert werden kann. Auf der Inneren Station konnte etwa beobachtet werden, wie die Konstruktion einer Psychose als ein Label benutzt werden kann, um verhaltensauffällige Patienten prozessieren zu können. Frau Zenker, eine auf der Station mehrfach störend auffällig werdende 65-jährige Frau, wird konsiliarisch dem Psychiater vorgestellt. Obwohl dieser, wie im Konsilschein ausdrücklich vermerkt, keine Psychose feststellen kann, wird Frau Zenker in die Psychiatrie überwiesen. Parallel hierzu werden noch einige hirnorganische Differenzialdiagnosen abgeklärt, die jedoch keinen Befund ergeben. Offensichtlich verhaltensauffällige Patienten drohen den Stationsfrieden in Frage zu stellen. Seitens des ärztlichen Teams stellt sich im Sinne eines organisatorischen Rahmens die Aufgabe, sich dieser auf möglichst elegante Weise zu entledigen. Da jedoch im unmittelbar medizinischen System anschlussfähige Gründe bestehen, scheint hier die Konstruktion einer psychiatrischen Krankheit (in Goffmans Sinne hier ebenfalls als Täuschung anzusehen) ein geeigneter Rahmen zu sein, um diese prekären Probleme zu lösen.

Nicht nur, dass bei psychiatrischen „Problemfällen“ die Helferbemühungen leicht in die Irre laufen können, auch juristische Fragen nach Verantwortlichkeit und Nichtbeachtung psychiatrischer Indikationsstellungen tragen massiv zur Verunsicherung bei und rufen im ärztlichen Team entsprechende Gegenstrategien hervor. Wenn im Falle einer Wahloperation eines psychiatrischen Patienten seine Abschiebung aus psychiatrischen Gründen nicht möglich erscheint, da – wie im folgenden Beispiel geschehen – der Auftrag zu dem medizinischen Eingriff auch im Sinne der betreuenden psychiatrischen Einrichtung indiziert ist, bietet sich ein Täuschungsmanöver in umgekehrter Richtung an: Herr Haase, 37 Jahre alt, möchte sich seinen künstlichen Darmausgang rückverlegen lassen. Der Erfolg ist jedoch nicht garantiert. Dieser Eingriff scheint prinzipiell möglich zu sein, denn die chirurgische Abteilung eines Universitätsklinikums hat den Patienten schließlich diesbezüglich an das beobachtende Krankenhaus verwiesen. Aus der in der Patientenakte erwähnten psychiatrischen Geschichte des Patienten steht der Verdacht im Raum, dass dieser bei

Misserfolg der Operation erneut versuchen würde, sich das Leben zu nehmen. Der leitende Oberarzt erklärt auf der Röntgenbesprechung vor versammelter Mannschaft: *»Ich operiere den auch nicht. Wir müssen jetzt bloß rauskriegen dass das nicht geht mit der Operation«.* Ein Altassistent ergänzt: *»Braucht jetzt bloß in der Untersuchung rauszukommen, dass der Muskel zu schwach ist«.* Für die Chirurgen steht nun die Frage im Vordergrund, wie man die Behandlung elegant ablehnen kann. Entsprechend wird am nächsten Vormittag bei der Rektoskopie festgestellt, dass das Gewebe noch zu entzündlich sei, um die Operation durchführen zu können. In diesem Prozess wird ein medizinischer Rahmen vorgetäuscht, während eigentlich die Angst vor irrationalen Reaktionen seitens des Patienten und damit verbundene juristische Konsequenzen im Vordergrund zu stehen scheinen, wie der folgende Satz eines Stationsarztes deutlich werden lässt: *»Wenn der sich jetzt umbringt, dann gehen wir in die Kiste«.* Der Zweck der Täuschung liegt in der Abwehr von Risiko und Überforderung. Ihre Funktion besteht im Erhalt der Stationsordnung. Organisiert wird dieses Täuschungsmanöver über die ärztliche Leitungsebene und mit Unterstützung der Stationsärzte. Das Label "suizidaler Patient" rahmt das Geschehen hier handlungsleitend schon vor dem ersten Patientengespräch.

Demgegenüber wird die Gefahr der Suizidaliät in der psychosomatischen Abteilung in einer anderen Weise prozessiert. Zunächst wird die Frage der Suizidalität in einem medizinischen Rahmen verhandelt, indem die Fachkompetenz eines psychiatrischen Konsiliarius zur Entscheidung herangezogen wird. Dieser kann nun wiederum mit einem ethischen Rahmen eine weitere Perspektive einnehmen, indem er die aus psychiatrischer Sicht vorhandende Suizidgefahr mit der Zerstörung psychotherapeutischer Entwicklungschancen durch die Einweisung in die Psychiatrie abwägt. Der Zweck der Entscheidung liegt hier in der Herstellung eines guten therapeutischen Settings. Die Organisation der Entscheidung findet in der Zurechnung auf Einzelpersonen statt, die formal die Verantwortung tragen. Die Aussage eines Psychiaters, *»ich habe Bauchschmerzen, dass ich 'nicht-suzidal' auf den Konsil geschrieben habe«,* ist typisch für die Individualisierung der Verantwortung. Die kontrastive Analyse zeigt hier auf, dass die Entscheidung für oder gegen eine »Therapie unter Risiko« (Vogd 2001) auch davon abhängt, inwieweit eine psychische Auffälligkeit als eine verstehbare und professionell behandelbare Krankheit erlebt und erklärt wird und ob die (vermeintlich) psychische bzw. psychiatrische Symptomatik in dem jeweiligen Teilsystem des Krankenhauses prozessiert werden kann. Entsprechend ergeben sich unterschiedliche Anschlussmöglichkeiten, die sich ihrerseits auf die Rahmen und ihre Modulationen auswirken. Im Sinne der Rahmenanalyse ist auch hier wieder zu bemerken, dass sich – mit Ausnahme des zuvor geschilderten Beispiels aus der psychosomatischen Abteilung – die Situationsdefinitionen wiederum vor die Arzt-Patient-Beziehung legen. Die Bedürfnisse und Interessen des Patienten werden mit diesen weder verhandelt noch in die ärztlichen Entscheidungen einbezogen, da nun das Manöver der Abwehr im Vordergrund steht.

Behandlung unbehandelbarer Patienten

Als letztes Thema wird nun ein komplexerer Entscheidungsprozess vorgestellt: die "*Behandlung unbehandelbarer Patienten*". Diese Patienten sind wegen einer mehr oder weniger dramatischen medizinischen Indikation auf die Station eingewiesen worden. Der Rahmen erscheint zunächst eindeutig medizinisch als Frage der angemessenen Behandlungsform. Im Verlauf der Behandlung stellt sich jedoch heraus, dass im Sinne der professionellen Kernkompetenz der Station dem Patienten – aus welchen Gründen auch immer – nicht mehr geholfen werden kann. Nun stellt sich die Frage der Weiterprozessierung, was hier heißt, dass ein neuer Rahmen gefunden werden muss, in dem nun entschieden und gehandelt werden kann.

Frau Hof, Chirurgie: Diffusität als Hintertürchen legitimatorischer Absicherung

Ein Beispiel aus der Chirurgie: Frau Hof ist eine 88-jährige demente Frau, deren Gesundheitszustand sich aufgrund eines Ileus und einer Lungenentzündung gefährlich verschlimmert. Für die Stationsärzte stellt sich nun die Frage der weiteren medizinischen Rahmung als Gratwanderung zwischen Intensivstation und palliativer Schmerzmedikation:
Mittwoch, 10:00 im Stationszimmer

Stationsarzt Scholz zur Stationsärztin: Die hat es mit dem Bauch, aber auch mit der Lunge ... die kriegen wir jetzt nicht mehr hin, das ist jetzt ein Fall für die Entscheidung ... da gibt's jetzt nur zwei Möglichkeiten, entweder bekäme die jetzt ein bisschen Morphium oder auf der Intensivstation wird die dann voll verkabelt, und um den Patienten kümmern die sich dann gar nicht mehr. ...

Die Stationsärzte sind verunsichert in der Entscheidungsfindung. Nach Rücksprache mit der Oberärztin während einer Operation wird beschlossen, dass Frau Hof nicht auf die Intensivstation muss, obwohl die stark erhöhten Natriumwerte dies eigentlich nahe legen würden. Diese Entscheidung wird auf der Dienstübergabebesprechung am nächsten Tag nach einer kurzen, aber emotionalen Auseinandersetzung mit der Oberärztin der Nachbarstation durch den leitenden Oberarzt bestätigt. Die Oberärztin stimmt mit den Angehörigen das weitere Vorgehen ab. Zumindest besteht darin Konsens, dass auf invasive Eingriffe verzichtet werden soll. Der Behandlungsrahmen bleibt diffus. Er bleibt in seinen expliziten Zielen unklar, oszilliert zwischen „sterben lassen“ und „kurativen“ internistischen Interventionen. Frau Hof wird in ein Einzelzimmer gelegt. Sie bekommt Elektrolyte und künstlich einige weitere Nahrungsmittel zugeführt, dazu eine leichte Schmerzmedikation. Letzteres wird seitens der Schwestern kritisiert, denn Frau Hof habe mehrmals geäußert, nicht mehr weiterleben zu wollen, und da die Patientin stöhnend im Bett liege, solle doch Morphium gegeben werden, da nur dies die Schmerzen lindern könne. Opiate würden jedoch angesichts des prekären Darmzustandes das definitive Todesurteil bedeuten. Deswegen lassen sich die Ärzte auf eine starke Schmerzmedikation nicht ein und verstärken stattdessen die künstliche Ernährung, was wiederum von einigen Schwestern beklagt wird. Die Stationsärztin liefert die Begründung für dieses ärztliche Vorgehen:

Freitag, 14:45 Stationszimmer

Pflegedienstleitung: *Frau Hof, warum bekommt die Zucker?*
Stationsärztin Dr. Schneider: *Die darf hier liegen bleiben, keine Reanimation und keine Intensiv ...*
Pflegedienstleitung: *Ah! okay*
Dr. Schneider: *Wir müssen uns ein bisschen da rumhangeln.*

Diese Aussage lässt deutlich werden, dass die Diffusität nicht ungewollt erscheint, sondern aus der Perspektive der Akteure einer wünschenswerten Situationsrahmung entspricht, denn eine eindeutige Festlegung würde ein großes Risiko mit sich bringen. Diffusität erlaubt, ein Hintertürchen offen zu lassen. Man muss sich nicht zwischen den beiden moralisch bzw. rechtlich problematischen Alternativen „unnötiger Leidensverlängerung" und „leichtfertig sterben lassen" festlegen lassen, denn man kann sich immer herausreden, dass die Sache nicht so gemeint sei, wie sie erscheine. Die Produktion und Aufrechterhaltung von Diffusität wird zu einem wesentlichen Punkt in der verfahrensmäßigen Absicherung. Der hierdurch gestaltete Rahmen lässt die mehr patientenbezogenen Handlungsoptionen, etwa die Verabreichung einer stärkeren Schmerzmedikation, an die zweite Stelle rücken, denn zunächst muss die legitimatorische Form stimmen.

Frau Mohn, Innere: Medizinischer Rahmen für die Sterbebegleitung
Frau Mohn ist eine 93-jährige Frau, die mit einem Ikterus (Gelbsucht) auf die Station eingeliefert wird. Martina, seit vier Wochen als Ärztin im Praktikum auf der Station, betreut die Patientin. Die junge Ärztin schildert dem Oberarzt ihr Problem, dass die Patientin jede weitere Diagnostik ablehne. Ein Zielkonflikt bahnt sich an, denn wenn die Institution Krankenhaus im Sinne der klassischen Krankenhaussoziologie als Zweckveranstaltung zu Diagnose, Therapie, Pflege und Isolierung (Rohde 1974: 172 ff.) anzusehen ist, scheint hier die Erfüllung der ersten beiden Aufgaben durch das „Nein" der Patientin in Frage gestellt. Der Oberarzt scheint zunächst „verstehend" die Perspektive der alten Frau zu übernehmen:

Ärztin im Praktikum: *93 ist sie.*
Oberarzt: *Dann kann man gut nachvollziehen, dass sie jetzt nicht in ein Krankenhaus will. Warum ist sie jetzt hier?*
Ärztin im Praktikum: *Sie hat beim Hausarzt jede Diagnose abgelehnt ... .*
Oberarzt: *Wie ist sie jetzt hier hergekommen? Ein Zusammenbruch?*
Ärztin im Praktikum: *Der Ikterus ist jetzt seit Februar .... der Hausarzt hat sie dann überredet.*

Im soziologischen Sinne kann hier jedoch nicht von einer Perspektivenübernahme gesprochen werden, denn dies würde voraussetzen, dass die Patientin ihre Perspektive zunächst einmal persönlich darlegen würde, was hier (und im weiteren Verlauf des Entscheidungsprozesses) nicht geschehen ist. Anstelle der Rekonstruktion der persönlichen Identität wird hier von einer verallgemeinerten sozialen Identität einer 93-jährigen Frau ausgegangen, die hier vermutlich der Quintessenz einer langjährigen ärztlichen Erfahrung des Oberarztes entspricht. Der Nachvollzug des realen Einzelfalls bleibt hier nur eine rhetorische Suggestion, die jedoch unter den funktionalen Anforderungen des Krankenhauses, möglichst

schnell entscheiden zu können, verständlich erscheint. Als eine Abkürzung zu dem aufwändigeren Weg, eine „reale“ Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen, wird hier ein Typus konstruiert, der sich etwa unter der Aussage »sehr alte Frauen, die nicht mehr ins Krankenhaus möchten, wollen sterben« subsummieren lassen. Die Frage, ob die Patientin freiwillig bzw. mehr oder weniger gegen ihren Willen gekommen ist, vielleicht aber auch Pflege anstelle von Therapie und Diagnostik erwartet, wird nicht explizit ausgehandelt. Mögliche Fragen treten in den Hintergrund, indem hier die Grenzen zwischen Alltagsmoral und professioneller selektiver Entscheidungsfindung verschwimmen. Die instrumentelle Entscheidungsfindung im Sinne einer „*coordinated task activity*“ geht hier nahtlos in das Vokabular von reziproker Alltagsbeziehung über, wobei jedoch ein Rahmen der Beziehungsorientierung vorgetäuscht wird. In der folgenden Gesprächssequenz werden medizinische Aspekte der Fallproblematik erörtert:

Ärztin im Praktikum: *In der Sonografie zeigt sich dann in der Leber eine Gallenstauung.*
Oberarzt: *Hypothese?*
Ärztin im Praktikum: *Verschluss .... der oben sitzt, da sie eine kleine Gallenblase hat.*
Oberarzt: *Was kommt jetzt als Ursache in Frage für den hochsitzenden Verschluss?*
Ärztin im Praktikum: *Tumor.*
Oberarzt: *Was für ein Tumor?*
Farmulantin: *Metastasen ... oder ein Gallengangkarzinom.*
Oberarzt: *Der heißt jetzt Glatzki-Tumor ... ist jetzt sehr selten .... Metastasen können draufdrücken ... was könnte es noch sein?*
Ärztin im Praktikum: *Pankreaskarzinom ...*
Oberarzt: *Sicher, Pankreaskarzinom ... das Pankreas sitzt so (zeichnet auf ein Blatt einen Pankreas im Bauchraum) und kann den Gallengang abdrücken ...*
Oberarzt: *Warum haben Sie jetzt nicht gesagt: Die Patientin hat einen Stein?*
.... [usw.]

Die folgenden Sequenzen behandeln den ‚Fall’ Frau Mohn innerhalb eines medizinisch-diagnostischen Rahmens. Es gilt, die Ursachen für das Krankheitsbild zu erschließen. Die Differenzialdiagnose lässt hier nichts Gutes erwarten. Für das eigentliche hier im Raum stehende Problem, die Behandlungsverweigerung, scheint jedoch – zumindest zu diesem Zeitpunkt – kein (explizites) Rationalisierungsmuster zu bestehen, das als Lösungsangebot vermittelt werden kann. Allein handlungspraktisch zeigt sich ein Ausweg, nämlich erst mal zur Patientin zu gehen. Dies geschieht nun auch. Der Oberarzt begrüßt die Patientin und untersucht sie. Die Patientin erwidert freundlich den Gruß. Dies erlebt der Arzt als Einverständnis, sie ein wenig zu untersuchen. Der Oberarzt spricht an, dass die Patientin nicht ins Krankenhaus wollte. Frau Mohn bestätigt dies. Der Oberarzt betont ihr gegenüber die Tatsache, dass sie jetzt eben nun mal hier sei und verspricht ihr, sich gut um sie zu kümmern. Was dies jedoch genau bedeutet, wird von ihm nicht konkretisiert. Er bleibt im Abstrakten. Das Ausgangsproblem – die Unklarheit des Behandlungsvertrages – wird von ihm auch hier nicht thematisiert. Demgegenüber werden anschließend im Stationszimmer die *Konsequenzen* der üblichen medizinischen Prozessierung angesprochen, denn vor dem Horizont des baldigen Todes erscheinen diese therapeutischen Maßnahmen in einem ambivalenten Licht:

Oberarzt: *Alles, was wir jetzt machen können, ist, weiteres Leiden zuzufügen, auch wenn wir ihr jetzt eine Magensonde legen .... trotzdem braucht sie, wenn sie weiter erbricht, eine Magensonde ... jetzt ist die Frage, wie weit wir mit ihr gehen .... auf jeden Fall braucht sie intravenös Flüssigkeit ... also einen peripheren Zugang ... diesen dann verbinden und fixieren, damit sie sich den nicht rausziehen kann. .... dann Vitamin K. ... dann, wenn das Erbrechen weitergeht ... noch eine Sonde ... die kann dann auch sterben ... wichtig, mit den Angehörigen zu sprechen [...].*

Obwohl der Oberarzt aus seiner Situationseinschätzung heraus bemerkt, dass jede Intervention bedeutet, der Patientin *»weiteres Leiden zuzufügen«*, wird von ihm ein intravenöser Zugang sowie die Gabe von Vitamin K angeordnet. Er scheint in einer selbstläufigen Handlungspraxis gefangen, die Frage für ihn heißt jetzt nur noch, *»wie weit wir gehen«.* Die Spannung des Ausgangsproblems bleibt erhalten, wird jedoch nun noch durch das Thema des Todes angereichert, dessen baldiges Eintreten jetzt durchaus wahrscheinlich erscheint (*»wichtig, mit den Angehörigen zu sprechen«*). Dennoch wird ein invasiver therapeutischer Eingriff, das Einführen einer Magensonde, geplant. Der Oberarzt erscheint nun als Handelnder. Der Sinn des Ganzen bleibt kommunikativ unvermittelt. Nur Details des Handelns werden begründet, etwa dass es nötig sei, den Zugang zu fixieren, damit die Patientin ihn sich nicht selber wieder herausziehen könne. Es drängt sich der Verdacht auf, dass es sich hier möglicherweise nur noch um habitualisierte Routinen handelt, für die ein zweckrationaler Begründungszusammenhang nicht besteht. Deutlich wird nun, dass jetzt gegen den vermeintlichen Willen der Patientin gehandelt wird. Auch wenn die „Patientenperspektive" von dem Oberarzt zuvor in abstrakter typologischer Form antizipiert wurde, gewinnt das medizinische Routinehandeln die Oberhand. Ein intravenöser Zugang bei Flüssigkeitsverlust, eine Magensonde bei Erbrechen und Vitamin K aufgrund der Laborwerte sind aus medizinischen Gründen indiziert, und im Rahmen des hier üblicherweise therapeutisch Angesagten bieten sich hier Anknüpfungspunkte für eine Handlungsperspektive, die sich jedoch unter Einbeziehung der vollen Komplexität des Problems, dem nahenden Tod und dem Patientenwunsch nicht mehr so stellen würde. Die Balance von Lebensqualität und Lebensverlängerung als dem eigentlichen Zweck einer medizinischen Behandlung steht hier jedoch nicht zur Diskussion, ebensowenig der fehlende Behandlungsauftrag seitens der Patientin. Die medizinischen Routineprozeduren laufen gleichsam ritualisiert weiter, unabhängig davon, ob diese noch einem Behandlungszweck dienen, der hier, wenn überhaupt, nur noch vom Tode her, dem Un-Ziel medizinischen Wirkens, definiert werden könnte. Beim Oberarzt zeigt sich hier eine deutliche Diskrepanz zwischen der Reflexionsebene, in der das wahrscheinliche Ableben und das vermeintliche Patienteninteresse thematisiert wird, und der handlungspraktischen Ebene, in der – wie im Folgenden deutlich wird – auch Fragen der legitimatorischen Absicherung eine wichtige Rolle spielen.

Während der Oberarzt-Visite am folgenden Tag erkundigt sich dieser nach dem akuten Zustand der Patientin. Er versucht, die Patientin zu überzeugen, einer Magenspiegelung zuzustimmen, ansonsten müsse diese das Krankenhaus verlassen. Frau Mohn gibt jedoch keine Einwilligung in die geforderten diagnostischen Eingriffe:

10:30 Oberarztvisite

Oberarzt: *Hat sie erbrochen?*
Ärztin im Praktikum: *Ja, öfters.*
Oberarzt: *Da müssen wir jetzt eine Magensonde machen ... dann eine Sedierung machen ... 1 mg Dormikum geben und dann die Sonde legen ... wenn dann weniger als 100 ml rauskommt, dann können wir die Sonde wieder entfernen ...*
Oberarzt (zur Schwester): *Was ist mit ihrem Zustand.?*
Schwester: *Ja, sie trinkt gerne ... bricht es aber immer wieder aus.*
Oberarzt: *Müssen wir jetzt eine Endoskopie machen ... und ihren Magen spiegeln?*
Ärztin im Praktikum: *Ja.*
Oberarzt: *Wir wollen Sie untersuchen. Den Magen.*
Patientin: *Mein Magen ist gesund.*
Oberarzt (zur Patientin): *Wir wollen Ihren Magen untersuchen. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihren Magen untersuchen ...?*
Patientin: *Meinen Magen untersuchen? Warum das?*
Oberarzt (zur Ärztin im Praktikum): *Sie kann ja noch schreiben.... wäre dann das Günstigste, wenn sie dann schriftlich die Einwilligung ... können Sie sich drum bemühen ... kann dann aber auch mündlich sein.*
Oberarzt (zur Patientin): *Wir wollen Ihren Magen untersuchen ... eine Spiegelung machen ... Sind Sie damit einverstanden?*
Patientin: *Nein. Ich bin in Ordnung so ...*
Oberarzt (zur Patientin): *Wie geht es Ihnen sonst hier?*
Patientin: *Gut ...*
Oberarzt: *Wir müssen Sie untersuchen, sonst können Sie nicht im Krankenhaus bleiben.*
Patientin: *Schade.*
Oberarzt: *Möchten Sie wieder nach Hause?*
Patientin: *Nein.*
Oberarzt: *Möchten Sie sich untersuchen lassen?*
Patientin: *Ich bin doch in Ordnung.*
Oberarzt: *Sagen Sie mal. Was möchten Sie dann?*
Patientin: *Ich möchte was trinken. Ein Glas Wasser.*
Oberarzt: *Das ist ein Wort.*

Der Oberarzt versucht, der Patientin die Einverständniserklärung zur Gastroskopie abzuringen. Jede medizinische Intervention, die den Patienten zum Objekt macht, braucht die Einwilligung des Subjektes der Objektivierung oder eines anerkannten Stellvertreters. Das Ausgangsproblem durchkreuzt in Form von „fehlender Einsicht“ die habituellen Routinen des Arztes. Der Oberarzt verlagert einen Teil des Problems auf die junge Ärztin. Das, was ihm nicht gelingt, nämlich die Erlaubnis für die invasive Untersuchung aus der Patientin hervorzulocken, fordert er von Martina ein – am besten noch in schriftlicher Form. Der Oberarzt scheint sich darüber im Klaren zu sein, dass diese Untersuchung „Gewalt“ bedeutet und möchte sich deshalb absichern. Die Verantwortung für die weitere Prozessierung verschiebt sich hier auf Martina, dem schwächsten Glied in der Kette ärztlicher Autorität. In einem weiteren Versuch, das Einverständnis für die Untersuchung zu bekommen, rekurriert der Oberarzt auf den Auftrag seiner Institution (*»sonst können Sie nicht hier bleiben«).* Die Patientin bedauert dies und gibt dadurch zu erkennen, dass sie dem Sinngehalt des Gesprächs folgen kann. Doch auch die Androhung, bei Untersuchungsverweigerung entlassen zu werden, lässt die Patientin keine andere Haltung einnehmen. Zum ersten Mal entwickelt sich ein Gespräch über die Bedürf-

nisse der Patientin. Dabei scheint sich herauszukristallisieren, dass die Patientin weder zurück nach Hause noch in irgendeiner Form invasiv behandelt werden möchte. Positiv formuliert: Sie möchte gepflegt und in Ruhe gelassen werden. Ihren Gesamtzustand empfindet sie „in Ordnung" und nicht veränderungswürdig. Die diagnostischen und therapeutischen Zweckveranstaltungen eines Akutkrankenhauses laufen bei dieser Patientin in die Leere. Begrüßt wird die Pflege, nicht jedoch die Medizin. Die Visite findet ihren dramaturgischen Höhepunkt und auch ihr Ende an dem Punkt, wo die Patientin nochmals eindringlich gefragt wird, was sie denn eigentlich möchte. Die Banalität der Forderung (*»ein Glas Wasser«*) lässt das ärztliche Bemühen wie ein Kartenhaus zusammenfallen. Die unmittelbare Artikulation von Elementarbedürfnissen zeigt, dass diese 93-jährige Frau nicht von Sinnen ist, sondern genau weiß, was sie möchte.

Vor dem Patientenzimmer wird die Behandlungsstrategie erneut verhandelt. Morphium erscheint nun als die zweite Behandlungsalternative zur Fortführung der medizinischen Routineprozeduren. Schließlich geht der Oberarzt auf die Vorschläge ein und trifft eine Entscheidung für die palliative Medikation:

Vor der Zimmertür

Stationsarzt Martin: *Wir können jetzt aber mit ihr keine Diagnostik machen, wenn sie gar nicht will. ... Sie hat doch auch dem Hausarzt schon gesagt, dass sie nicht will. Ich würde da M. geben.*

Stationsärztin Dr. Reif (zum Oberarzt): *Ist ja jetzt auch schwierig. Selbst wenn man jetzt diagnostisch was findet. Da kann man da jetzt auch nichts machen ... wäre dann eine Untersuchung, die sie nicht belastet ... ein Ultraschall .... und dann würde ich Morphium geben, damit sie nicht so an dem Erbrechen leidet ... ich habe dann früher bei meinen Patienten erlebt, wie die dann richtig unter Morphium aufgeblüht sind ...*

Oberarzt: *Sie kann aber jetzt nicht bleiben, wenn sie keine Diagnostik machen lässt. Hier muss dann was passieren.*

Stationsärztin Dr. Reif: *Ich würde da schnell den Sozialdienst ... ob sie schon eine Pflegestufe hat ... oder eine Schnellpflege einrichten ... bei so Patienten kann das dann schon sechs Wochen dauern ...*

Oberarzt (zur Ärztin im Praktikum): *Gut dann 5 mg M. subkutan ... sechsstündig ... und dann den Sozialdienst anrufen. Ein paar Tage kann sie jetzt doch noch hier bleiben.*

Neben dem Vollzug der diagnostischen Routineprozeduren erscheint nun auch die Morphiummedikation als eine gangbare Lösung des Legitimationsproblems, denn eine offensichtliche Indikation für Morphium besteht hier nicht (seitens der Patientin wurden keine Klagen geäußert, die Anlass für eine starke Schmerzmedikation geben). Auch die gerontologisch erfahrene Stationsärztin Dr. Reif liefert als Begründung ein Reflexionsmuster, das auf die Befindlichkeit der Patientin rekurriert (*»damit sie nicht so an dem Erbrechen leidet«*). Weiterhin wirft sie ihre positive Erfahrung beim Einsatz von Morphium bei ihren früheren Patienten aus der Geriatrie in die Waagschale der Argumentation. Die Ungewöhnlichkeit des Begründungszusammenhangs (Morphium bei Erbrechen) scheint dabei nicht weiter erklärungsbedürftig, denn vielmehr scheint es darum zu gehen, einen praktikablen Weg zu bahnen, wenn auch nur rituellen Charakters: Man kann nun etwas Gutes tun, wenngleich weder Indikation noch Auftrag für diese Lösung vorhanden sind. Der Oberarzt stellt explizit die Sachzwänge der Institution „Akutkran-

kenhaus“ heraus, in der zumindest Diagnostik geschehen muss, sonst können die Patienten nicht bleiben. Organisatorische Rahmen, im weiteren Sinne als eine ökonomische Rahmung zu verstehen, treten nun in den Vordergrund. Letztere gründen besonders auf der für die Station unangenehmen Erfahrung, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen in den letzten Wochen bei vielen Patienten die Indikation für den Aufenthalt in Frage gestellt und einen Teil der entsprechenden Kostenübernahmen zurückgenommen hatte. Im Sinne der Systemrationalität argumentiert der Oberarzt hier für eine „Funktionserfüllung ohne Zweck“, denn eine sinnlose, manchmal dazu noch schmerzhafte Medizin erscheint aus der Systemlogik heraus immer noch besser als der Verzicht auf Behandlung oder Pflege. Angesichts der Sicherheit des nahenden Todes, aber der Ungewissheit der Todesstunde, antizipiert Frau Dr. Reif die Zwänge, welche entstehen, falls die Patientin noch einige Wochen weiterlebt. Die Station drohe handlungsunfähig zu werden angesichts einer Patientin, die eigentlich sterben, aber nicht behandelt werden wolle. Die Handlungsfähigkeit kann jedoch wiederhergestellt werden, wenn es gelingt, die Patientin zu verlegen. Letzteres wird nun ins Auge gefasst. Mit der Einschaltung des Sozialdienstes und der Option der Verlegung in ein Pflegekrankenhaus scheint die Gefahr der Dauerpatientin gebannt. Das Ausgangsproblem scheint zumindest organisatorisch gelöst. Die Pflege der Patientin scheint sichergestellt, ohne dass diagnostiziert und behandelt werden muss. Diese Lösung bedeutet, den nahenden Tod zu akzeptieren, was ethisch-moralisch zunächst als eine angemessene Umgehensweise erscheint. Der Oberarzt trifft gemäß seiner Rolle die endgültige Entscheidung über das weitere Vorgehen. Diese besteht aus zwei Teilen: Zunächst darf die Patientin auch ohne Untersuchung ein paar Tage bleiben. Parallel hierzu ist der Sozialdienst einzuschalten, um eine mittelfristige Perspektive außerhalb des Krankenhauses zu finden. Dieser Aspekt der Lösung erscheint sozial und human, innerhalb eines ethischen Rahmens getroffen. Der medizinisch funktionale Zweckauftrag des Akutkrankenhauses wird für einige Zeit hintangestellt, um den aktuellen Bedürfnissen der Patientin gerecht zu werden. Die Morphiumgabe erscheint nun als zweiter Teil der Lösung. In dieser Entscheidung rekonstituiert sich die ärztliche Handlungsfähigkeit erneut, denn nun können die medizinischen Helfer doch was tun: nämlich Leiden mindern. Dass auch hierfür seitens der Patientin kein Behandlungsauftrag besteht, und ob diese wirklich leidet und Morphium braucht, interessiert nicht weiter, denn die rituelle Schließung dient hier primär der funktionellen Identität der Ärzte, die sich hier sowohl als helfen wie auch als handeln könnend rekonstituiert. Die legitimatorische Absicherung muss dabei jedoch gewahrt bleiben:

Stationsärztin Dr. Reif (zur Ärztin im Praktikum): *Jetzt unbedingt in den Bericht reinschreiben. „Morphium ist indiziert wegen der Schmerzen beim Erbrechen.“*

Frau Dr. Reif rekurriert hier auf das Problem, da sich aus der Perspektive eines äußeren Beobachters die Morphium Indikation nicht selbstverständlich ergibt, zumal auch im Pflegebericht keine Klagen über Schmerzen zu finden sind. Der einzige Anknüpfungspunkt, der sich ergibt und entsprechend als formale Rechtfertigung herhalten muss, ist das wiederholte Erbrechen.

In der Pause zwischen Visite und Röntgenbesprechung spricht der Oberarzt mit dem Beobachter über die Problematik der eben getroffenen Entscheidung:

Oberarzt: *Für das Morphium gibt es jetzt eigentlich überhaupt keine Indikation ... sie klagt ja nicht über Schmerzen ... ich wollte sie jetzt spiegeln, damit wir jetzt den Tumor entdecken, und dann haben wir eine klare Indikation für Morphium.*

Beobachter: *Sie scheint ja jetzt auch keine Schmerzen zu haben ... habe dann mitgekriegt, dass die Schwiegertochter dann wohl eher froh ist, dass sie weg ist, der Sohn war schweigsam ... sicher ein wenig traurig ... ist dann nicht einfach ....*

Oberarzt: *Oft machen wir jetzt Therapie für die Helfer ... sind dann alle überlastet ... die Schwiegertochter ... und dann auch wir ... in so einem Fall ist die Therapie überwiegend für den Helfer ...*

Der Oberarzt offenbart hier seine Problemsicht: Für Morphium gibt es zur Zeit noch keine Indikation. Stattdessen hätte er es vorgezogen, zunächst den Magen der Patientin zu spiegeln, um dann unter diagnostischer Verifikation des Tumors die Rechtfertigung für sein weiteres Vorgehen zu finden. Der Arzt argumentiert in der Logik der medizinischen Absicherung (*"defensive testing"):* Sterben lassen und damit verbunden die palliative Gabe von Morphium ist erst statthaft, wenn die biologischen Fakten schwarz auf weiß dokumentiert sind. Zumindest im Sinne einer juristisch hieb- und stichfesten Legitimationsbasis muss dies geschehen, wenngleich sich der Oberarzt ohnehin hinsichtlich der Diagnose aufgrund des klinischen Bildes der Patientin sicher zu sein scheint. Unausgesprochen im Raum steht immer auch der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung bzw. gar, durch die Morphiumgabe den Sterbeprozess in unmoralischer Weise zu beschleunigen. Letzteres wäre eben nur im Falle eines manifesten, unheilbaren Tumorleidens indiziert. Im Kontext dieser Gesprächssituation befindet sich der Oberarzt hier in einer Rechtfertigungslogik. Im Sinne der »widersprüchlichen Einheit Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung« (Oevermann 1990) besteht dem Beobachter gegenüber der Zugzwang, *post hoc* kommunikativ die Rationalisierungslücken einer Entscheidung zu begründen, die sich ihrerseits naturwüchsig aus der Situationsdynamik der Praxis heraus entfaltet hat. In diesem Sinne rekapituliert der Oberarzt nochmals im Einzelinterview:

Oberarzt: *Ich hab ja nur praktisch anhand von indirekten Laborwerten und meinem Blick und meinem Tasten und was ich von der Patientin so erfahren hab gesagt, das und das könnte vorliegen, aber mir fehlte der Beweis dafür, manchmal brauch ich'n Beweis um was zu ... denn es war ja auch ne terminale Entscheidung, die zum Tod geführt hat, dann treffen zu können [... und dann fand ich] sehr hilfreich, dass die andern Kollegen alle einstimmig gesagt haben, nee wir geben dann Morphin und das war dann glaub ich auch richtig so [... aber hätte] noch gewusst und hätte diese Magenspiegelung, die hätte diese invasive Untersuchung wahrscheinlich überstanden, gut überstanden und da hätte ich gesagt, gut, die hat dieses Magen-Karzinom das is vollkommen inoperabel [...] und die war ja schon über neunzig, da kann ich leichteren Herzens diese Entscheidung zu Morphim zur Sterbehilfe treffen.*

Die Entscheidung, Morphium zu geben, heißt, „sie sterben zu lassen". Dies kann nicht ohne Weiteres kommuniziert werden, wenngleich dem Oberarzt und den Stationsärzten der kritische Gesundheitszustand bewusst ist[10]. Eben weil diese Entscheidung hoch prekär ist, kann und will sich niemand offen dazu verhalten oder sich der Gefahr aussetzen, für eine diesbezügliche Entscheidung belangt zu werden, etwa indem er sich einem Angehörigen diesbezüglich entblößt. Der Rahmen bleibt zumindest in der Beziehung zum Patienten und den Angehörigen diffus, oder anders herum: Diffusität ist das kennzeichnende Merkmal in

diesen Situationen. Homolog zum kontrastierenden Beispiel aus der Chirurgie wird auch hier versucht, die Fiktion der Behandlung bei dieser unbehandelbaren Patientin aufrechtzuerhalten. Wenngleich in beiden Fällen eine Intuition vorliegt, wie die Fallproblematik liegt, muss ein *modus operandi* gefunden werden, der den legitimatorischen Ansprüchen der Außendarstellung sowie den internen Routinen gerecht wird. Die formale Erfüllung normativer Ansprüche hat dabei wenig mit den professionsethischen Maximen der handelnden Akteure zu tun. Die hier beobachtenden Ärzte können ihrerseits recht genau zwischen diesen beiden Ebenen unterscheiden und gewinnen gerade über Aufrechterhaltung von Diffusität – durchaus in guter Absicht – Handlungsspielraum. Wenngleich hier der primäre Rahmen in der legitimatorischen Absicherung besteht, ist durch diese Manöver hindurch immer noch im Sinne traditioneller ärztlicher Ethik der Auftrag sichtbar, Leiden zu vermeiden, und eine humane Pflege bzw. ein würdiges Ableben zu ermöglichen. Eine „Sterbebegleitung“ in diesem Sinne verlangt über die rechtlichen Aspekte hinaus, dass dem Kostenträger eine für ihn akzeptable Realitätssicht vorgespielt wird, denn aus der Sicht der Kassen gilt, dass Patienten, für die weder diagnostisch noch therapeutisch ein Aufenthalt im teuren Akutkrankenhaus indiziert ist, dieses wieder verlassen müssen (s. hierzu schon Rhode, 1974: 450 ff.). Paradoxerweise scheint das Spiel der wechselseitigen Täuschungen innerhalb diffuser Rahmen, ein würdevolles Sterben im Krankenhaus als dem „Sterbeort Nummer eins“ erst möglich werden zu lassen, natürlich im Rahmen der hier geschilderten Grenzen, denn es liegt in der Sache der Natur, dass diese Prozesse kaum kommuniziert werden können. Im Sinne unserer Ausgangsfragestellung bedeutet dies für die Arzt-Patient-Interaktion auch hier: Diffusität und Mehrdeutigkeit rahmen die Beziehung schon vor der ersten wirklichen Begegnung mit dem Patienten.

4. Diskussion

Die wirkliche Komplexität der hier vorgestellten Fallbeispiele kann in diesem Rahmen natürlich nur sehr verkürzt dargestellt werden. Dennoch zeigt die ‚Rahmenanalyse‘ einige übergreifende Gemeinsamkeiten auf: Ärzte handeln nach ihrer eigenen Rationalität und nicht nach der Logik von Krankenkassen oder politischen Wünschen. Juristischen Vorgaben muss nur formal im Hinblick auf die Außendarstellung Folge geleistet werden. Täuschung in guter Absicht oder zumindest aufgrund gut nachvollziehbarer Motive durchziehen den Stationsalltag und gestalten Rahmen, die der Arzt-Patient-Beziehung vorgelagert sind. In der Regel können diese oftmals komplizierten Interna dem Patienten gegenüber nicht direkt kommuniziert werden, sondern gestalten ihrerseits einen Rahmen der Täuschung oder Diffusität. In dieser Studie sind mehrere Themen herausgearbeitet worden. Die ökonomisch motivierte Beziehungsgestaltung zu den Krankenkassen führt etwa über die Frage der „geeigneten Entlassungstermine“, des Umgangs mit „Fallpauschalen und längeren Liegezei-

ten", aber auch in Fragen der „sozialen Indikation" zu komplexen Rahmen, die in der Arzt-Patient-Beziehung Verwirrung stiften können. Die offene Expression der Problematik gegenüber dem Patienten scheint hier ebenso wenig eine befriedigende Lösung zu sein wie Täuschungsmanöver, die allzu leicht den Verdacht entstehen lassen, der Patient würde zu einer rein monetären Variabel degradiert. Die komplexen Randbedingungen ärztlicher Arbeit bleiben dem Patienten gegenüber unvermittelbar. Dies lässt die Arzt-Patient-Beziehung über den medizinischen Wissensunterschied hinaus noch asymmetrischer erscheinen.

Die Anforderungen der legitimatorischen Absicherung bei den Themen „Suizidalität und Psychose" sowie „Behandlung unbehandelbarer Patienten" weisen auf eine in ihren Beziehungskonsequenzen noch gewichtigere Rahmung. Strategien des „defensive testing", ein Habitus der Diffusität im Hinblick auf die Grenzfragen von Leben und Tod, aber auch Abwehr von Patienten, bei denen zu erwarten ist, dass diese sich nicht ‚normal' verhalten, erscheinen hier gleichsam als notwendiges Übel einer Institution, die sich neben den Ansprüchen von Patienten und Angehörigen gleichzeitig rechtlichen, ökonomischen und medizinischen Teilsystemen gegenüber verantworten muss. Die Modulation von Rahmen erzeugt in diesen Dilemmata Freiheitsgrade für das ärztliche Handelns. Täuschungen, durchaus auch in guter Absicht durchgeführt, konstituieren ärztliche Autonomie gegenüber äußeren Zwängen. Schwierige Entscheidungen verlangen nach einer Absicherung in Team und Hierarchie. Hierzu bestehen Strategien der Verantwortungsdiffusion, Abwehr von Zuständigkeiten, Legitimation durch Verfahren, aber auch der Zurechnung auf Einzelpersonen. Prekäre Entscheidungen, etwa Fragen um Suizidalität und Sterben, können aufs ganze Team verteilt, aber auch einzelnen Ärzten zugemutet werden. Hier ergeben sich dann unterschiedliche Modelle verschiedener Funktionalität in unterschiedlichen Organisationskulturen und medizinischen Fachdisziplinen. Die zentralen Konflikte sowie die *Modi* ihrer Bearbeitung ähneln sich jedoch in den recht unterschiedlichen untersuchten Feldern. Die Rahmenanalyse zeigt gemeinsame Merkmale auf, die sich strukturell aus den in den einzelnen Themen angelegten Konfliktpotenzialen ergeben.

Zumindest auf dieser abstrakten Ebene sind die Ergebnisse deshalb auch in diesem Stadium der Untersuchung durchaus verallgemeinerungsfähig. Eine Generalisierung im Sinne einer »mehrdimensional konstruierten Typologie« (Bohnsack 2001: 226) verlangt nach der Einbeziehung weiterer Kontraste sowie einer ausführlicheren Analyse, um die hier angedeuteten Praxisformen in ihrer Sinn- und Soziogenese auch im Detail verstehen zu können. Der Maximalkontrast zur Psychosomatik weist auf die Dimension verschiedenartiger Krankheitsverständnisse hin; die Rolle der Altassistenten in der Hierarchie lässt die Bedeutung unterschiedlicher Karriere und Aufstiegschancen aufscheinen. Der zusätzliche Vergleich mit der Arbeit innerhalb eines Universitätsklinikums wird möglicherweise Licht auf die Rolle der Arztsozialisation werfen sowie des Weiteren das Verhältnis von Theorie und Praxis bzw. Wissenschaft und Therapie deutlicher fokussieren. Mit Hilfe dieser und weiterer Konstrastierungen wird es möglich werden, die Rahmungen ärztlichen Handelns, ihre Modulationen sowie die kollektiven Prozesse zur Herstellung dieser Rahmungen besser verstehen zu können. Wie schon die jetzigen Ergebnisse aufzeigen, sind Rah-

men, ganz im Sinne von Goffman, nicht als etwas Festes bzw. Starres anzusehen, sondern stellen ihrerseits dynamische Wirklichkeitskonstruktionen dar, die hochsensitiv auf soziale Interaktionen reagieren können. Je raffinierter die Wirklichkeitskonstruktionen gestaltet sind, desto irritierbarer sind sie. Täuschungen können durchschaut werden und verlangen nach weiteren Manövern[11]. Nicht nur die Ordnung im Krankenhaus ist aushandelbar (s. Strauss et al. 1963[12]), sondern auch das, „was der Fall ist“, wird erst interaktiv hergestellt. Um im Hinblick auf die Ausgangsfragestellung zusammenzufassen: Unter dem Blickwinkel der bisherigen Ausführungen macht es wenig Sinn, die Untersuchung der Arzt-Patient-Beziehung mittels einer normativen Brille auf inhaltliche Aspekte zu beschränken. Vielmehr scheint das Verständnis der Dynamik von Rahmungen unabdingbar, um verstehen zu können, was hier überhaupt vor sich geht. Anstelle unter dem Blickwinkel eines formalen Demokratieverständnisses ließe sich diese Beziehung vielleicht gewinnbringender unter dem Fokus der Bedeutung wechselseitigen Vertrauens untersuchen. Der Begriff *Vertrauen* wäre hier allerdings im Sinne von Luhmann (2000) als soziologische und nicht als psychologische Kategorie zu verstehen.

Anmerkungen

1 Luhmann (1983: 171) formuliert in diesem Sinne aus systemtheoretischer Perspektive: „Der Arzt mag Behandlungschancen dadurch steigern, daß er den Patienten fragen kann; und er muß natürlich respektieren, daß der Patient auch als Mensch anwesend ist und daß wie immer, wenn Menschen zusammen sind, die Höflichkeit eine gewisse Kommunikation gebietet. Aber der Funktionsvollzug läuft mehr oder weniger schweigend ab. Er hat jedenfalls sein Kernproblem nicht in der Kommunikation, sondern in richtiger Diagnose und richtiger Therapie. Die basale Operation des Systems ist nicht an die Form der Kommunikation gebunden. Ein gesprächiger Zahnarzt und ein weniger gesprächiger Zahnarzt können gleich gute Arbeit leisten.“

2 Das klassische Zitat lautet: „Sinn ist hier [... der] subjektiv gemeinte Sinn. Nicht etwa irgendein objektiv „richtiger“ oder ein metaphysisch ergründbarer „wahrer“ Sinn. Darin liegt der Unterschied der empirischen Wissenschaften vom Handeln: der Soziologie und der Geschichte, gegenüber allen dogmatischen: Jurisprudenz, Logik, Ethik, Ästhetik, welche an ihren Objekten den „richtigen“, „gültigen“ Sinn erforschen wollen“ (Weber, 1984: S. 19).

3 Luhmann schlägt in diesem Sinne vor, Entscheidungen nicht mehr unter dem Blickwinkel des zweckrationalen Abwägens zu betrachen, sondern „Rational choice“ nur als einen Grenzfall anzusehen. Um zu einer allgemeineren Theorie des Entscheidens zu gelangen, empfiehlt er „eine Handlung immer dann als Entscheidung anzusehen, wenn sie auf eine an sie gerichtete Erwartung reagiert. Wir können auch sagen: daß eine Entscheidung immer dann, wenn sie reaktiv ist, mit Hilfe von Erwartungen beobachtet wird. Erst die Prognose des Verhaltens macht es möglich, ihr zu folgen. Dabei kann es sich um Fremderwartungen oder um Eigenerwartungen des Handelnden selbst handeln, und die Erwartungen können gut eingeführt oder auch neuartig sein“ (Luhmann, 1996: 278).

4 Goffmans Rahmenanalyse lässt sich in vielen Teilen durchaus auch im Lichte einer subjektphilosophischen Interpretation lesen, innerhalb dessen die von ihm behandelten Rahmungsprozesse im wesentlichen als Leistungen des subjektiven Bewusstseins angesehen werden könnten. Goffmanns Konzeption wird jedoch im hier verwendeten Sinne

entsprechend der These von Willems als eine „Interaktionsordnung“ verstanden, die in Bourdieus Begriffen „ein Feld“ darstellt, „dessen als Rahmen zu beschreibende Sinnstrukturen in der Form von Habitus fungieren“ (Willems 1997: 192). Dieses Verständnis erlaubt eine sinnvolle Anknüpfung an die dokumentarische Methode.

5 Die Pionierarbeit zur institutionellen Herstellung von Täuschung im Krankenhaus haben bekanntlich Glaser und Strauss (1965) geleistet.

6 „Brauchbare Illegalität“ (Baecker 2000: 97) und „Legitimation durch Verfahren“ erscheinen hier als in Organisationen übliche und zu erwartende modi operandi, um einerseits den vertraulichen Zusammenhalt im Inneren zu gewährleisten und andererseits Zugriffen von außen abwehren zu können.

7 Hierzu gehören die Ärzte auf verschiedenen Hierarchiestufen, unter Umständen aber auch andere Mitglieder des therapeutischen und pflegerischen Teams. Ärztliche Entscheidungen müssen letztlich vom ganzen Team getragen bzw. verantwortet werden. Dies drückt sich auch in den Formalien aus: In der Regel wird ein Arztbrief von mehreren Ärzten unterschrieben, dem Chefarzt, dem Stationsarzt und oft auch dem Oberarzt. Auf die ausführliche Schilderung der Organisation des Krankenhauses kann ich hier nicht eingehen. Als Grundlage hierzu gilt immer noch Rohde (1973).

8 Meine bisherige Datengrundlage besteht aus ca. 30 Einzelinterviews und 800 Seiten Beobachtungsprotokoll.

9 Im Gegensatz hierzu konnte ich in der Psychosomatik keine ethisch-moralische Rahmung diesbezüglicher Entscheidungsprozesse finden. Die Aufnahmeindikation findet hier in einem medizinischen, genauer in einem psychopathologischen, Rahmen statt. Im Sinne der Aufrechterhaltung der eigenen medizinischen Identität erscheint es eher wichtig, die richtige Indikation wie etwa „akute Belastungsstörung“ oder „Suizidalität“ zu bestimmen. Die medizinische Professionalität erscheint hier gerade darin, eine psychosomatische Erkrankung von psychosozialer Bedürftigkeit unterscheiden zu können. In der genauen Definition dieses Rahmens liegt das grundsätzliche Legitimationsproblem psychosomatischer Arbeit.

10 Unter dem Blickwinkel von Goffmans Rahmentheorie bekommen die Arbeiten von Strauss und Glaser (1965) über die Interaktion mit Sterbenden einen weiteren Sinn. Die verschiedenen Kontexte des Wahrnehmens würden in diesem Sinne Rahmenmodulationen darstellen, die eine interaktive Bearbeitung der prekären Frage des baldigen Todes ermöglichen.

11 Kristiansen et al. (2001) zeigen in diesem Sinne auf, dass Drohungen von Patienten ärztliches Entscheidungsverhalten modulieren kann.

12 Strauss, A.; Schatzman, L.; Ehrlich, D.; Bucher, R.; Sabshin, M. (1963) The Hospital and Its Negotiated Order. In: Freidson, Eliot. The Hospital in Modern Society. London, Free Press

Literatur

Atkinson, P.: Medical Talk and Medical Work. Sage Publications Ltd., London 1995

Baecker, D.: Organisation als Begriff. Niklas Luhmann über die Grenzen des Entscheidens. Lettre International, 2000 (Heft 49): 97-101

Bateson, G.: Ökologie des Geistes: Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. 1992 4. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt/M.

Berg, M.: The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice. Sociology of Health & Illness, 14 (2) 1992: 151-180

Bohnsack, R.: Rekonstruktive Sozialforschung und der Grundbegriff des Orientierungsmuster. 1998 S. 105- 121 in Siefkes, Dirk; Eulenhöfer, P; Stach, H.; Städtler, K. (1998) Sozialgeschichte der Informatik. Kulturelle Praktiken und Orientierungen. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden

Bohnsack, R.: Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung. Leske + Budrich, 1999, 3. Aufl., Opladen

Bohnsack, R.: Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. 2001 S. 225-252 in: Bohnsack, Ralf (Hrsg.): Die Dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Leske + Budrich, Obladen

Braddock, Ch. et al.: Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. Journal of American Medical Association (JAMA) 282 (24) 1999: 2313-2320

Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T.: Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What Does it Mean? (Or it Takes at Least Two to Tango) Social Science and Medicine (SocSciMed) 44 (5) 1997: 681-692

Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T.: Decision-Making in the Physician-Patient Encounter: Revisiting the Shared Treatment Decision-Making Model. Social Science and Medicine 49 (5) 1999: 651-661

Cicourel, A. V.: The Integration of Distributed Knowledge in Collaborative Medical Diagnosis. 1990. In: Galegher, J.; Kraut, R.E.; Egido, C. (Hrsg.) Intellectual Teamwork: Social and Technological Foundations of Cooperative Work. Lawrence Erlbaum Ass. Publishers, Hillsdale, N. J.

Goffman, E.: Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. 1996, 4. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt/M.

Guadagnoli, E.; Ward, P.: Patient Participation in Decision-Making. Social Science and Medicine 47 (3) 1998: 329-339

Knoblauch, H.: Frame Analysis. 2000 S. 171-176 in: Kaesler, Dirk; Vogt, Ludgera (Hrsg.) Hauptwerke der Soziologie. Kröner Verlag, Stuttgart

Kristiansen, I. S.; Førde, O. H.; Aasland, O.; Hotvedt, R.; Johnsen, R.; Førde, R.: Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial. Lancet 357, 2001: 1258–61

Luhmann, N.: Medizin und Gesellschaftstheorie. Medizin Mensch Gesellschaft (MMG) 8, 1983: 168-175

Luhmann, N.: Die Bedeutung der Organisationssoziologie für Betrieb und Unternehmung, Arbeit und Leistung. Zentralblatt für Arbeitswissenschaft und Soziale Praxis 20 (10), 1966: 181-189

Luhmann, N.: Die Wirtschaft der Gesellschaft. Suhrkamp, 1996, 2. Aufl., Frankfurt/M.

Luhmann, N. Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. 2000. Lucius & Lucius, Stuttgart

Oevermann, U.: Klinische Soziologie. Konzeptualisierung, Begründung, Berufspraxis und Ausbildung. Manuskript 1990 (Internetversion: http://www.objektivehermeneutik.de/Download.htm).

Rohde, J.: Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. 1974, 2. Aufl. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

Glaser, B. G.; Strauss, A. L: Awareness of dying. 1965, Aldine, Chicago

Strauss, A.; Schatzman, L.; Ehrlich, D.; Bucher, R.; Sabshin, M. The Hospital and Its Negotiated Order. 1963 S. 148-172 in Freidson, Eliot (eds.) The Hospital in Modern Society. Free Press, London

Vogd, W.: Selbstmord im Krankenhaus. Therapie unter Risiko in nicht-psychiatrischen klinischen Einrichtungen im Spannungsfeld von Psychiatrieeinweisung und psychotherapeutischer Allianz. Psychomed 13 (3) 2001: 157-163

Weber, M.: Soziologische Grundbegriffe. 1984, J. C. B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen

Willems, H.: Rahmen und Habitus. Zum theoretischen und methodischen Ansatz Erving Goffmans: Vergleiche, Anschlüsse und Anwendungen. 1997, Suhrkamp, Frankfurt/M