

Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus

Komplexe Fallproblematiken im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ-organisatorischen Bedingungen

Decision-Making by Hospital Physicians

Complex Cases in the Field of Tension Between Patients' Interests and Administrative and Organizational Constraints

Werner Vogd*

Institut für Medizinsoziologie, Thielallee 47, D-14195 Berlin

Zusammenfassung: Entscheidungen für oder gegen medizinische Eingriffe, die für den Patienten ein großes Risiko bergen bzw. die Gefahr massiver lebenspraktischer Konsequenzen mit sich bringen, können für das medizinisch-therapeutische Team insbesondere im Hinblick auf die Übernahme und Verteilung von Verantwortung eine erhebliche Belastung darstellen. Die vorliegende Arbeit untersucht den Modus operandi solcher Entscheidungsprozesse. Wie werden diese hergestellt und wer aus dem therapeutischen Team übernimmt dabei welche Aufgabe? Hierzu werden am Beispiel zweier verschiedener medizinischer Abteilungen (Chirurgie, Innere Medizin) die Dynamiken ausgewählter Fallbeispiele rekonstruiert. Die Auswertung erfolgt anlehnd an die dokumentarische Methode von Bohnsack in den drei Schritten „formulierende Interpretation“, „reflektierende Interpretation“ und „komparative Analyse“, ergänzt durch einige Konzepte aus Goffmans Rahmenanalyse. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Entscheidungsfindungen in prekären medizinischen Problemlagen komplexe soziale Prozesse darstellen, die nur auf der Folie der Systemdynamik medizinischer Organisationen, insbesondere dem reziproken Abtasten von Erwartungen, der Verteilung und Verschiebung von Verantwortlichkeiten und dem Bedürfnis nach legitimatorischer Absicherung, verständlich werden.

1. Einleitung

Dieser Essay kreist um das Thema *Behandlung komplexer medizinische Fälle*. Gemeinsames Merkmal dieser Fälle ist eine umfangreiche medizinische Problematik, die eine Entscheidung für oder gegen eine spezifische Therapie schwierig erscheinen lässt. Oftmals gleichsam mit dem Rücken an der Wand stehend erscheinen den Ärzten die ins Auge gefassten Therapien fraglich, im Einzelfall gar außerordentlich riskant. Einfach nichts zu tun würde jedoch demgegenüber auch ein Risiko mit sich bringen. Für und Wider müssen abgewogen sowie die Verantwortlichkeiten festgelegt werden. Nicht selten erzeugen solche Fälle auch eine Kaskade von Folgeproblemen – und diesbezüglichen Entscheidungsbedarf – organisatorischer bzw. administrativer Art, denn in ihrer Komplexität kann das ökonomische Primat des Akutkrankenhauses, rationell und effizient zu arbeiten, oft nicht mehr eingehalten werden. Im Folgenden soll nun herausgearbeitet

werden, wie solche Fälle im Krankenhaus verhandelt und bearbeitet werden.

Entscheiden unter Unsicherheit stellt nun keineswegs ein neues Thema innerhalb der Medizinsoziologie dar – man denke hier nur an die Arbeiten von Fox (1969) und Bursztajn et al. (1990). Auch die professionsoziologischen Ansätze von Stichweh (1987) und Oevermann (1990) beziehen sich auf diese Problemlage, denn – so die Argumentation: Der Arzt konstituiere seine professionelle Autonomie gerade dadurch, dass zwischen Expertenwissen und handlungspraktischer Anwendung eine Lücke besteht, die nur durch eine klientebezogene Interpretationsleistung zu schließen ist. Die Arzt-Patient-Beziehung rückt in diesen Ansätzen mehr oder weniger in das Zentrum des professionellen Handelns. Für die ambulante, insbesondere die hausärztliche Praxis, mag diese Fokussierung zwar berechtigt sein. Aktuelle Krankenhausstudien zeigen jedoch auf, dass der Patient in den eigentlichen Entscheidungsprozessen eher eine untergeordnete Rolle einnimmt (Wetreck 1999, Hermann 2003); für die Pflegekräfte gilt Gleiches. In den ärztlichen Diskurs- und Aushandlungspro-

* Ich danke den anonymen Gutachtern der Zeitschrift für Soziologie für ihre wertvollen Anregungen und Hinweise.

zess werden Patienten in der Regel kaum unmittelbar mit einbezogen, sondern eher mittelbar in Form von Stereotypen thematisiert. Demgegenüber spielen die medizinischen Aspekte des Geschehens wie auch die vielfältigen organisatorischen Prozesse der hochgradig arbeitsteiligen Institution Krankenhaus eine zentrale Rolle in der ärztlichen Entscheidungsfindung. Nur wenige neuere Studien fokussieren die letztere Dimensionen ärztlichen Handelns (s. hierzu: Atkinson 1995, Berg 1992, Cicourel 1990). Entsprechend möchte ich in diesem Essay den Prozess betrachten, wie Entscheidungen im Krankenhaus sozial hergestellt werden.

Die Ausarbeitung geschieht im Folgenden paradigmatisch anhand eines Fallgeschehens, welches auf einer internistischen Station beobachtet wurde, dem zur komparativen Analyse ein Fall aus einer chirurgischen Abteilung gegenübergestellt wird. Die vorgelegten Beispiele entstammen einem umfassenderen Forschungsprojekt, in dem auf der Basis von vier Feldaufenthalten in unterschiedlichen Kliniken die Dynamik ärztlicher Entscheidungsprozesse untersucht wurde.

Auch wenn sich die empirischen Realitäten im Einzelfall als überaus komplex zeigen und entsprechend auch in den Beobachtungsprotokollen die vielfältigsten Facetten aufscheinen, so kristallisiert sich dennoch auf allen untersuchten Stationen ein gemeinsames Leitproblem heraus: Die Entscheidungsdynamik wird in vielen Fällen durch einen Konflikt zwischen dem ärztlichem Ethos und der ökonomisch-administrativen Rationalität geprägt. Auf der einen Seite steht der ärztliche Wunsch, bestmöglich dem Wohle des Patienten zu dienen, diesen ausführlich zu untersuchen und ihm schließlich die bestmögliche Therapie anbieten zu können.¹ Auf der anderen Seite steht die Organisation Krankenhaus mit ihren institutionellen Grenzen. Wünschenswertes kann ärztlicherseits nicht immer geleistet werden – sei es deshalb, weil die Finanzierung dann durch die Kassen nicht mehr geleistet werden kann, oder auch eben nur, weil man sich aus Gründen begrenzter Leistungskapazität nicht noch mehr um den Patienten kümmern kann. Entsprechend stellt sich auf allen Stationen die Aufgabe, eine geschickte Balance zwischen dem ärztlich Fachlichen und dem ökonomisch Adminis-

trativen zu (er-)finden. In diesem Sinne eignet sich dieses gemeinsame Bezugsproblem als *Tertium comparationis* für die weiteren Analysen. Denn die organisatorische Eigenleistung einer Station bzw. einer Abteilung besteht darin, funktional äquivalente Antworten auf dieses Leitproblem hervorzubringen. Aus dem Vergleich der Abteilungen ergeben sich dann Hinweise für die Entwicklung einer differenzierteren Typik, denn je nach Thema, medizinischer Disziplin, Kultur und mikropolitischen Ausgestaltung können diese Probleme unterschiedlich verhandelt und bearbeitet werden. Dabei offenbaren sich in den Kommunikationen der ärztlichen Akteure unterschiedliche Sinnorientierungen – in der Begrifflichkeit von Bohnsacks dokumentarischer Methode: unterschiedliche *Orientierungsrahmen*. Auf einer abstrakteren Ebene erscheint das Leitproblem als gegenseitige Durchdringung unterschiedlicher systemischer Kontexturen mit ihren jeweiligen Funktionsbezügen und systemeigenen Anschlussmöglichkeiten. Auf der institutionellen Ebene zeigt sich im Krankenhaus ein Gefüge unterschiedlicher Rollen, innerhalb dessen sich die ökonomisch-administrativen Konfliktlinien² beispielsweise als Spannungen innerhalb der ärztlichen Hierarchie wiederfinden lassen. Auf der mikropolitischen Ebene lassen sich bei den Akteuren Bewegungen zur Erweiterung bzw. zum Erhalt des eigenen Status innerhalb des medizinischen Feldes ausmachen. All diese „Logiken“ bilden Rahmungen des ärztlichen Entscheidens, die aus dem Beobachtungsmaterial identifizierbar sind und die im Einzelfall das Entscheiden der ärztlichen Akteure prägen können. Sie bestehen neben- und ineinander, durchdringen sich, ohne jedoch auf eine triviale Weise ineinander überführt werden zu können. Erst die Beziehung dieser unterschiedlichen Rahmungen lässt die Realdynamik ärztlicher Entscheidungsprozesse im Krankenhaus verständlich werden.

Hier folgt zunächst eine ausführlichere Schilderung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Methodik. Dem schließt sich die exemplarische Rekonstruktion der ausgewählten Fallbeispiele an. Abschließend

¹ An dieser Stelle muss betont werden, dass die Kriterien, die bestimmen, was denn das Wohl des Patienten sei, im Krankenhaus üblicherweise in paternalistischer Manier von ärztlicher Seite definiert werden. Ein *shared decision making* kommt in der Praxis des Krankenhauses *de facto* eher selten vor.

² Unterschwellig immer vorhanden ist die juristische Kontextur der legitimatorischen Absicherung. Im medizinischen Alltag sind diesbezügliche Orientierungsmuster zwar präsent, treten jedoch in der Regel nicht explizit als Entscheidungsproblem in den Vordergrund. Da es sich hier überwiegend um Probleme der Legitimation nach außen (und nicht nach innen) handelt, sind diese durch eine gezielte Informationspolitik beherrschbar. Man braucht bloß Routinen zu entwickeln, um präkäre Bewusstseinskontexte nach außen geschlossen halten zu können.

sind dann die Implikationen der Ergebnisse aus einem soziologischen Blickwinkel zu erörtern.

2. Methode

Um den habituellen Aspekten ärztlicher Praxis gerecht zu werden, lehnt sich diese Studie an die *dokumentarische Methode* nach Bohnsack (1999) an, ergänzt durch einige Konzepte aus Goffmans *Rahmenanalyse* (1996). Die dokumentarische Methode unterscheidet zwischen verschiedenen 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 vermittelt- 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 dieser in die eigenen Handlungsentwürfe einbezogen und kommunikativ adressiert werden. Der *dokumentarische Sinngehalt* zielt demgegenüber auf einen anderen Modus der Sozialität, nämlich auf „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 medi-

zischen Praxis heraus den Prozess aufzeigen können, *wie* es dazu kommt, dass ein Patient ohne eine medizinische Indikation ein bestimmtes Medikament verschrieben bekommt. In Anlehnung 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).

Das Konzept der „Orientierungsrahmen“, wie Bohnsack diese tief in die Praxis eingewobenen Sinnorientierungen im Kontrast zu den zweckrationalen Motiven, den Orientierungsschemata, benennt (Bohnsack 2001: 229f.), lässt sich unter gewissen Voraussetzungen durch Goffmans *Rahmenanalyse* erweitern.³ 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: 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

³ Goffmans Rahmenanalyse lässt sich in vielen Teilen durchaus auch im Lichte einer subjektphilosophischen Interpretation lesen, innerhalb derer die von ihm behandelten Rahmungsprozesse im Wesentlichen als Leistungen des subjektiven Bewusstseins angesehen werden könnten. Goffmans 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).

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 richtet sich in dieser Untersuchung – der soziologischen Perspektive entsprechend – das Augenmerk darauf, wie diese Praxen im *konjunktiven* Erfahrungsraum Krankenhaus hergestellt werden.⁴ Die Bedeutung 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 von Organisationen identifiziert werden.⁵

Die komparative Analyse stellt innerhalb der dokumentarischen Methode den methodologischen

Schlüssel dar, mittels dessen sich von den Details fallspezifischer Besonderheiten abstrahieren lässt. 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. Erst durch diese Abstraktion wird 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 Themen heraus, wie etwa: Patientenaufklärung, Fehlverhalten von Patienten, Umgang mit suicidalen 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 jeweiligen 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.⁶ Für die komparative Analyse ergeben sich hieraus dann Vergleichsmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Themen und verschiedenen Stationen (medizi-

⁴ Als die diesbezügliche Pionierarbeit zur institutionellen Herstellung von Täuschung im Krankenhaus ist natürlich die von Glaser und Strauss (1965) zu nennen.

⁵ „Brauchbare Illegalität“ 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 Zugriffe von außen abwehren zu können (Baecker 2000: 97).

⁶ 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.

nischen Disziplinen und Kulturen). Die Analyse dieses Beitrags beschränkt sich auf das Thema „komplexe Fallproblematiken“.⁷

Die Datengrundlage liefern 10- bis 12-wöchige Feldforschungsaufenthalte auf vier Stationen in jeweils unterschiedlichen Kliniken und medizinischen Disziplinen.⁸ Während dieser Phasen wählte der Beobachter jeweils einen konkreten Arzt aus (in der Regel einen Stationsarzt, teilweise aber auch Oberärzte oder Konsiliarii), begleitete diesen („*shadowing*“) und versuchte, alle im Hinblick auf seine Forschungsfragen relevanten Kommunikationen *simultan* in einem Notizbuch mitzuschreiben.⁹ Die Beobachtungsnotizen repräsentieren dabei den chronologischen Tagesablauf in seiner oftmals fragmentarisch erscheinenden Form (Ärzte springen in der Praxis von einem Fall zum anderen, werden während ihrer Arbeit häufig unterbrochen). Die hier dokumentierten Fallbeispiele kristallisierten sich im ersten Auswertungsschritt heraus, in dem all die Geschehnisse, welche unmittelbar zu einem konkreten Behandlungsprozess gehören, in chronologischer Form zusammengestellt und so die jeweils korrespondierenden Fragmente zu einer Einheit integriert wurden. Ergänzend zu den Feldbeobachtungen wurden die beteiligten professionellen Akteure in Einzelinterviews zu den beobachteten Fällen sowie anderen prekären Entscheidungssituationen befragt.¹⁰ Die Auswertung des vorgestellten Materials erfolgt entsprechend Bohnsack (1999) in den Schritten „formulierende Interpretation“, „re-

flektierende 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 dem für die Behandlung des Themas ausschlaggebenden *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).

Die Falldarstellungen folgen dabei in Sequenzen, die entsprechend dem Zeitverlauf des Entscheidungsprozesses angeordnet sind. Der erste Absatz einer Sequenz beinhaltet eine inhaltliche Zusammenfassung dessen, worum es im Folgenden geht (*formulierende Interpretation*). Der zweite Absatz stellt einen Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll bzw. Interviewtranskript dar. Die Analyse der Sequenz (*reflektierende Interpretation*) wird im dritten Absatz geleistet. Auf das Beobachtungsprotokoll bzw. die Schilderung der Interpretation wird teilweise verzichtet, wenn die zusätzliche bzw. ausführliche Darstellung keine weitere Einsicht oder Erkenntnis zu versprechen scheint. Wenngleich versucht wurde, in den Beobachtungsprotokollen die dokumentierten Gespräche im Wortlaut, zumindest aber sinngemäß, mitzuschreiben, so ergeben sich naturgemäß dennoch Lücken, die im Text durch drei Punkte, „...“ angezeigt sind. Gekürzte, aber im ursprünglichen Beobachtungsprotokoll vorhandene Passagen werden durch eingeklammerte Punkte, „[...]“ angedeutet. Namen von Personen und Institutionen, sowie das Datum und andere zur Identifizierung geeignete Details sind zum Schutz der beteiligten Akteure verfremdet worden.

3. Ergebnisse

Die im Folgenden vorgestellten Rekonstruktionen beruhen auf zwei Fällen, bei denen sich aufgrund der hohen interaktiven Dichte die innerorganisatorische Dynamik der Konfliktbearbeitung besonders deutlich zeigt. Als Extrembeispiele, die aus den reibungslosen Routineabläufen herausragen, demons-

⁷ Zum Thema palliative Fallproblematiken vgl. Vogd 2002.

⁸ Hierbei handelt es sich um eine chirurgische bzw. internistische Station in städtischen Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie eine psychosomatische bzw. onkologisch-hämatologische Station eines Universitätsklinikums.

⁹ Das Anfertigen von Notizen selbst während der Patientengespräche scheint im Kontext Krankenhaus keine besondere Aufmerksamkeit erweckt zu haben. Weder den Patienten noch den externen Ärzten gegenüber wurde der Beobachter als Beobachter vorgestellt. Allein durch das Tragen des weißen Kittels schien dieser einfach zum medizinischen Feld dazuzugehören und wurde gelegentlich im Hinblick auf organisatorische oder gar fachliche Fragen angesprochen.

¹⁰ Die diesbezügliche Datenbasis besteht aus 40 Einzelinterviews von unterschiedlicher Länge (38 – 76 Minuten pro Interview). Die Interviews wurden überwiegend mit den Ärzten aus unterschiedlichen Hierarchieebenen geführt. Zur perspektivischen Kontrastierung der Beobachtungen wurden zusätzlich tonbandprotokollierte Gespräche mit Sozialarbeitern, Psychologen, Physiotherapeuten, Pflegekräften sowie einem Krankenhausseelsorger geführt.

trieren sie Rahmungskonflikte, die latent auch in den anderen Behandlungsprozessen angelegt sind, dort jedoch nicht unbedingt manifest zum Ausdruck kommen. Die Rekonstruktion des ersten Beispiels findet in ausführlicher Form statt, um hier exemplarisch die dokumentarische Interpretation vorzuführen. Das zweite Beispiel wird in kürzerer und allgemeinerer Form beschrieben, da seine Rolle hier im Rahmen der komparativen Analyse nur darin besteht, Unterschiede (und Parallelen) zwischen den beiden Abteilungen aufzuzeigen. Auf die gewinnbringende komparative Analyse der Fallbearbeitung in anderen Themenstellungen (z.B. im Umgang mit sterbenden Patienten) und dem Vergleich mit den weiteren untersuchten Abteilungen muss in diesem Essay aus Raumgründen verzichtet werden. Da die dokumentierten Entscheidungsprozesse überwiegend nur unter den Ärzten verhandelt werden, taucht die Patientenperspektive – ebenso die Pflege – in den Beobachtungsprotokollen relativ wenig auf. Diese „Vernachlässigung“ stellt also kein Artefakt der Darstellung dar, sondern spiegelt ihre Rolle in den ärztlichen Entscheidungsprozessen wider.

Beispiel 1: Herr Spondel, Innere Medizin eines Allgemeinkrankenhauses

Die Fallanalyse von Herrn Spondel erscheint mir aufgrund der hohen interaktiven Dichte besonders geeignet, einige Grundzüge der Dynamik ärztlicher Entscheidungsprozesse deutlich werden zu lassen: Während des Beobachtungszeitraums fanden mehrere Chef- und Oberarztvisiten statt. Einige konsiliarische Untersuchungen wurden veranlasst und die Angehörigen zeigten sich regelmäßig auf der Station. Der Wechsel der Betreuung von der erfahrenen 60-jährigen Stationsärztin Dr. Reif zu dem 30-jährigen Stationsarzt Dr. Schmidt während des Behandlungsverlaufs erlaubt darüber hinaus – gleichsam als innerer Kontrast –, von der Person des jeweiligen Stationsarztes abstrahieren zu können. Wenngleich sich zwischen den beiden Ärzten eine etwas andere Strategie im Umgang mit den Entscheidungskonflikten zeigt, so ergeben sich doch in wesentlichen Punkten strukturelle Ähnlichkeiten im Hinblick auf die Natur des hier erscheinenden Entscheidungsproblems.

Herr Spondel, 71 Jahre alt, wird am 17.1. erneut auf die Station für Innere Medizin eingewiesen. Den Arztbriefen folgend ist Herr Spondel ein multimorbider Patient, der eine Hypertonie und einen Diabetes mit beginnender Neuropathie und Nephropathie als Grunderkrankungen aufweist. Zusätzlich wurde er

aufgrund eines Rektumkarzinoms chirurgisch und chemotherapeutisch behandelt. Außerdem zeigt sich eine gutartige Vergrößerung der Prostata. Während des letzten Krankenhausaufenthaltes erlitt Herr Spondel eine fortschreitende Sepsis (so genannte Blutvergiftung), die zunächst erfolgreich behandelt wurde. Mitte Januar wurde der Patient erneut mit einer Sepsis eingewiesen, zusätzlich zeigte sich eine (vermutlich bakteriell verursachte) Entzündung im Bereich eines der Lendenwirbelkörper.

Die Sepsis ist zum Zeitpunkt der Beobachtung bereits durch eine erfolgreiche Antibiotikatherapie abgewehrt. Nun stellt sich die Frage nach dem weiteren Prozedere. Die behandelnde Stationsärztin schildert dem Beobachter die aus ihrer Sicht prekäre klinische Problematik des Patienten und antizipiert einen ungünstigen Krankheitsverlauf: In dem nur unvollständig abfließenden Harn könne sich in der Blase erneut eine Bakterieninfektion ausbilden. Eine wiederholte Sepsis würde jedoch das Leben des Patienten diesmal ernsthaft bedrohen. Die schlechte Nierenfunktion und der Diabetes lasse eine operative Lösung des Grundproblems jedoch aktuell nicht durchführen. Hinzu komme die Wirbelkörperentzündung, aufgrund deren der Patient bettlägerig wurde. Aufgrund der Immobilisation würden zunehmend seine Muskeln abgebaut, so dass die Schwächung der Muskulatur die Stabilität des Rückens zusätzlich gefährdet. Nichtbehandlung bewirke eine weitere Verschlimmerung des Zustandes. Als Kompromiss erscheint für die Ärztin die Anlage eines speziellen Blasenkatheters durch einen kleinen chirurgischen Eingriff, in dem von der Bauchdecke her die Blase angestochen wird, so dass durch eine Sonde die restliche Harnflüssigkeit nach außen abgeleitet werden kann (*suprapubischer* Katheter).

Die Stationsärztin bespricht am Nachmittag mit dem Oberarzt den Fall. Dieser tendiert zu einer zügigen Entlassung. Die Stationsärztin hält diesem Vorschlag entgegen, dass die Gefahr einer Blasenentzündung drohe:

Montag, 26.2.

13:30 auf der Station

(Oberarzt Neudorf ist auf der Station. Dr. Neudorf leitet die Intensivstation, vertritt jedoch im Urlaub Dr. Schwarz, den Oberarzt der Station)

Stationsärztin Dr. Reif: Dann doch zu den Neurochirurgen oder den Orthopäden?

Oberarzt: Wir hatten ja vereinbart, dass wenn da im CT keine Verschlimmerung ist, dann nichts weiter zu machen und ich denke das ist dann auch so eine gute Entscheidung ... wir können ihn dann ja auch entlassen.

Dr. Reif: Nein entlassen können wir ihn auf keinen Fall.

Oberarzt: Wir können ihn ja dann auf eine Orthopädie oder eine Neurochirurgie, vielleicht in Krankenhaus X.

Dr. Reif: Das Neurologische ist jetzt nicht so im Vordergrund, eine Orthopädische wäre dann schon angemessen ... dann ist aber noch die Sache mit dem suprapubischen Katheter ...

Oberarzt: Ist dann doch ein richtiger Eingriff, ist ja dann die Frage, ob man da nicht wartet.

Dr. Reif: Aber das Problem, ich habe ja mit älteren Patienten gearbeitet, ist ja die Sache mit der Sepsis, die dann sofort wieder da ist ...

Das Gespräch zwischen Oberarzt und der Stationsärztin lässt unterschiedliche Perspektiven im Hinblick auf das Geschehen aufleuchten. Jener tendiert zur Entlassung, diese demgegenüber zur stationären Weiterbehandlung. Der Oberarzt (zusätzlich auch noch in der Rolle als Vertretung des regulären Oberarztes) zeigt Distanz zum Geschehen. Er rekurriert auf das Übliche, was man so eben tut. Die entsprechend der medizinischen Routine durchzuführende bildgebende Diagnostik liefert zugleich die Begründung wie auch die Legitimation für das weitere Handeln: In dem von ihm erwarteten Fall einer ausbleibenden Verschlimmerung des entzündlichen Befundes könne der Patient entlassen werden und dieses Prozedere sei eben nun auch vereinbart gewesen. Dies entspricht der von der Krankenkasse eingeforderten Logik kurzer Liegezeiten, entsprechend der ein chronischer Patient nicht mehr Zeit als nötig auf der teuren Akutstation verbringen sollte. Frau Dr. Reif widerspricht dem Oberarzt und verweist dabei auf ihre langjährige Erfahrung im Umgang mit älteren Patienten. Die Gefahr einer erneuten, diesmal lebensbedrohlichen Sepsis steht im Raum und verlangt nach präventiven Interventionen. Diese sind jedoch in der Behandlungslogik eines Akutkrankenhauses nicht explizit vorgesehen. Vor dem Hintergrund der während des Beobachtungszeitraums üblichen Praxis der Krankenkassen, bei längeren Klinikaufenthalten Regelanfragen und damit verbundene finanzielle Regressforderungen zu stellen, fallen Patienten wie Herr Spondel durch das Raster. Als Alternative aus diesem Dilemma scheint hier zunächst nur der Weg zu bestehen, den Patienten in ein anderes Krankenhaus – welcher Disziplin auch immer – verlegen zu können. Tendenziell offenbaren sich schon hier die zwei „konfligierenden“ Logiken: Zum einen ist die Weiterbetreuung des Patienten aus organisatorisch-ökonomischen Gründen auf der Station nicht möglich. Auf der anderen Seite steht das Fallverständnis der Stationsärztin, die – mit der Geschichte des Patienten vertraut – ihn kompetent weiterbehandelt wissen möchte.

Im Stationszimmer organisiert Frau Dr. Reif telefonisch ein urologisches Konsil und versucht darüber hinaus mit dem Sozialdienst, die Perspektive einer Reha-Behandlung zu erarbeiten:

Dienstag, 27.2.

8:30 im Stationszimmer

Dr. Reif (denkt laut): ... suprapubischer Katheter für Herrn Spondel ... jetzt ein Konsil bei Dr. Müller ... (einem ambulanten Urologen) ...

Dr. Reif (telefoniert mit dem Sozialdienst): ... der Herr Spondel hat eine seltene und schwere Erkrankung und der müsste eine Reha bekommen ... kann ich die jetzt schon einleiten ... die Erkrankung ist eine neurologische, die Zersetzung der Bandscheiben [eine orthopädische] und da er jetzt vier Wochen hier gelegen hat, muss er erst mal wieder komplett aufgebaut werden ... deshalb vielleicht eine Frühreha ... gut, wenn die nach der weiteren CT[-Untersuchung], die in [Universitätsklinikum X.] sagen, „wir müssen eine stabilisierende Operation machen“, dann erübrigt sich dies, aber wenn nicht, – ich gehe jetzt Freitag in den Urlaub, dann stehen wir ohne was da, und wir müssen den ja entlassen. ... Spondylodisitis? ist bei Frühreha dabei ... okay ... dann müssen wir das bei der Krankenkasse beantragen ... Polyneuropathie hat er ... was gibt es denn noch, was die als Rehagrund akzeptieren ... ja, alles klar.

Die Stationsärztin versucht hier, eine medizinische Versorgungsperspektive für ihren Patienten zu entwickeln. Zunächst erscheint eine Rehabilitationsmaßnahme gegenüber der drohenden Entlassung als die bessere Alternative. Ein medizinischer Grund wird gesucht, um das Anliegen finanziert zu bekommen. Um in Goffmans Kategorien zu sprechen: Der *Rahmen* wird *moduliert* in den Modus des „*als ob*“. In der Kommunikation mit der Krankenkasse passen sich die Begründungen dem zu erreichenden Ziel an, nicht umgekehrt. Die Ärztin gewinnt hierdurch Autonomie gegenüber den bürokratischen Vorgaben seitens der Kassen und der Politik. Aber auch der zweite mögliche Fall, nämlich dass die bildgebende Diagnostik doch eine Befundverschlechterung darstellen würde, die dann möglicherweise sogar eine Operationsindikation nach sich ziehen könnte, wird als Handlungsoption mit in Betracht gezogen. Darüber hinaus versucht die Stationsärztin, das Problem des Restharns nochmals durch einen urologischen Spezialisten beurteilen zu lassen. Erst von autorisierter Hand beschrieben und aufgeschrieben bekommt das Problem Relevanz im medizinischen System und gewinnt als Facharzturteil zusätzliches Gewicht in der Verhandlung um das weitere Prozedere. Frau Dr. Reif sucht nach Wegen, noch etwas für ihren Patienten tun zu können. Ihr ärztliches Handeln kann sich nun als

ein aktives und wirksames rekonstituieren. Die Identität des „guten Arztes“ reproduziert sich oftmals gerade darin, mit persönlichem Einsatz gegen die medizinischen und organisatorischen Grenzen anrennen zu können.

Während der Chefvisite am folgenden Tag schildert die Stationsärztin ihrem Vorgesetzten das vereinbarte Prozedere: Die Aufnahmen der Computertomographie sollen zur Abklärung einer neurochirurgischen Indikation an das Universitätsklinikum weitergeleitet werden. Der Chefarzt äußert Bedenken gegenüber einer möglichen Operation. Die Stationsärztin spricht die Gefahr einer Sepsis durch die Blase an. Der Chefarzt spricht eine weitere Therapieoption an, hält den Erfolg jedoch für fraglich. Die Stationsärztin bemerkt, dass der Patient voraussichtlich bald das Krankenhaus verlassen solle und informiert den Chefarzt, dass sie eine Reha-Maßnahme initiiert habe. Der Chef bemerkt nochmals, dass es gut sei, den Patienten zu entlassen:

11:00 Chefvisite

Dr. Reif: Herr Spondel, jetzt sind wir erst mal mit Herrn Neudorf übereingekommen, die Bilder [in das Universitätsklinikum X.] zu geben und noch das nächste CT abzuwarten.

Chefarzt: Ich wäre dafür, das erst einmal konservativ zu behandeln, jetzt mit der Infektion ... da reinzuoperieren und dann ein Tumorpatient, da kann es da eng sein, gut, dass man sich da die Stellungnahme holt, ist okay, aber den nicht so schnell weggeben, die Chirurgen sind da sehr schnell.

Dr. Reif: Dann ist da noch die Sache mit dem Restharn ... ist dann das Problem mit der Sepsis, ob wir das nicht ableiten ... wollte das dann morgen mit Herrn Müller ...

Chefarzt: Gut, mit der Infektion ist hier immer die Sache ... aber kann auch an der Prostata liegen, ob man da nicht doch eine Operation macht ... aber ob das jetzt dann wirklich was bringt ... das kann jetzt auch vom Spinalkanal kommen ... wenn wir das jetzt als ursächliche Therapie machen, dann kann das sein, dass das nicht funktioniert, wenn es eben nicht daran liegt.

Dr. Reif: Der würde ja dann auch nach Hause geschickt ... deshalb habe ich das auch schon angeleiert mit der Früh-Reha.

Chefarzt: Ja, das ist auch gut so, wir müssen ihn jetzt so entlassen ...

Die Stationsärztin schildert dem Chefarzt das besprochene Vorgehen mit einer anderen Konnotation als noch beim Oberarzt angeklungen: Entsprechend der von ihr vorgetragenen Position steht nicht die Entlassung, sondern die Suche nach einer weiteren Therapieoption im Vordergrund, möglicherweise sogar die nach einer neurochirurgischen Intervention. Ganz im Sinne der letzteren Handlungsperspek-

tive wird betont, dass nun erst mal die Beurteilung der Computertomographie-Bilder des Universitätsklinikums abgewartet werden soll. Der Chefarzt stellt demgegenüber den Sinn der hier in Betracht gezogenen therapeutischen Intervention mit dem Verweis auf die Überkomplexität des Krankheitsbildes in Frage, denn keine der Interventionsentscheidungen, die getroffen werden könnten, würde die Sicherheit bieten, etwas Sinnvolles für den Patienten tun zu können. Ob der Chef hier diese Orientierungsfigur gleichsam als strategische Konstruktion entwickelt, um im Sinne der administrativen Logik den Weg des geringsten Widerstandes zu gehen, oder ob er aus medizinisch immanenten Gründen wirklich keine Behandlungsperspektive mehr für den Patienten sieht, muss hier eine offene Frage bleiben. Systemisch spielt die „wirkliche“ Motivation des Chefarztes keine Rolle, da seine Kommunikation und die diesbezüglichen Anschlüsse der Anderen entscheidend sind. Die Spannung zwischen der ökonomischen und medizinischen Kontextur *manifestiert* sich hier in unterschiedlichen Positionen *innerhalb des Rollengefüges* im ärztlichen Team: Die Polarität zwischen abwartender Distanz hier und parteiischem Engagement dort korreliert mit der jeweiligen Stellung in der Hierarchie. Auf der Stationsarztebene liegt die emotionale Last des Handelnmüssens angesichts der existenziellen Bedrohung des Patienten, während auf der Leitungsebene entscheidungsrational sein kann, die Verantwortung dafür zu übernehmen, den Patienten loszulassen, falls die Behandlungsoptionen keinen allzu großen Erfolg versprechen. Als Minimalkonsens zwischen diesen beiden Positionen kristallisiert sich hier die Möglichkeit heraus, den Patienten in einer Rehabilitationseinrichtung zu versorgen.

Am folgenden Morgen berichtet Dr. Reif dem Beobachter von einem belastenden Gespräch mit den Angehörigen von Herrn Spondel. Diese hätten geweint, und es wäre vielleicht besser gewesen, den Angehörigen doch nicht so viel gesagt zu haben.

Die Stationsärztin erörtert mittags im Gespräch mit dem neurologischen Konsiliarier die medizinische Problematik. Die Stationsärztin fragt an, ob eine Verlegung auf die neurologische Station möglich wäre. Die Ärzte stellen übereinstimmend fest, dass es gleichsam das Todesurteil bedeuten würde, den Patienten unbehandelt nach Hause zu schicken:

Mittwoch, 28.2.

12:00 Gespräch mit dem Konsilneurologen vor dem Stationszimmer

Stationsärztin Dr. Reif: Soll ich ihn auf die Neurologie verlegen?

Neurologe: Na, wäre auch nicht so ... na, ja, behandeln wir ja sonst auch eher konservativ ... wenn der jetzt antibiotikaresistent ist ... dann wäre es in seinem Alter vielleicht angemessener, heroisch heranzugehen ... dann im Universitätsklinikum X. oder im Klinikum Y, bei Prof. X. zum Beispiel.

Stationsärztin Dr. Reif: Dann aber auch mit der Kostenübernahme, ob das bei euch in der Neurologie nicht besser läuft?

Neurologe: Das ist doch das gleiche, auch bei uns wird die Kostenübernahme erst einmal abgelehnt und dann geht es in die Revision ...

Stationsärztin Dr. Reif: Jetzt auch mit den Angehörigen, ich kann den doch jetzt nicht so nach Hause schicken ...

Neurologe: Die Neurochirurgen, ob die ihn dann nehmen, oder ob die den dann nicht erst [in die Reha-Klinik-X] ... da würde ich ihn übrigens dann auch wieder sehen, bin dort auch konsiliarisch tätig ...

Stationsärztin Dr. Reif: Jetzt aber die ganze Problematik, der hatte ein Sigmakarzinom ... und ob der entzündliche Prozess überhaupt von da rüber ... ob man da nicht erst mal eine Rektoskopie ... aber wenn ich dann erst mal weg (im Urlaub bin), dann hat von den Kollegen für den keiner Verständnis. [...]

Neurologe: Du, wenn wir den nach Hause schicken, ist der tot, das sehe ich jetzt genauso, also sollte man den dann doch erst mal zu den Neurochirurgen ... die haben auch MRT ... so was haben wir doch auf unserer Abteilung noch nicht einmal gesehen ...

Stationsärztin Dr. Reif: Und wenn wir ihn dann doch erst mal zu Ihnen ...

Beide Ärzte sprechen auf der gleichen Diskursebene, nämlich innerhalb eines medizinischen Rahmens, agieren jedoch aus einer jeweils anderen Position im Rollengefüge. Entsprechend zeigen sich unterschiedliche *Orientierungsrahmen*: Der Neurologe kann hier in seiner Rolle des „externen“ Beraters die Fallproblematik aus einer eher distanzierteren Position heraus betrachten, ohne jedoch eine Entscheidung treffen zu müssen. Auf der *inhaltlichen* Ebene stimmt er Frau Dr. Reif durchaus in der Einschätzung zu, dass das Leben von Herrn Spondel im Falle der Nichtbehandlung massiv gefährdet sei. In der Rolle, die er aktuell innehat, bedeutet dies nicht, dass er hier die gleiche Verantwortlichkeit *fühlt* wie die betreuende Stationsärztin. Ihr Ansinnen, den Patienten von ihm auf der neurologischen Station versorgt zu wissen, wehrt er ab. Der schwarze Peter bleibt bei Frau Dr. Reif, die ihrer Interaktionsgeschichte mit dem Patienten (und auch mit den Angehörigen, wie hier angedeutet) nicht so leicht entkommen kann; ihr persönliches Handeln bleibt gefordert. Gegen Ende des Gesprächs bahnt sich eine Zwischenlösung an. Der Rekurs auf die Notwendigkeit einer differenzierte-

ren bildgebenden Diagnostik durch einen Magnet-Resonanz-Tomographen (MRT) löst zwar nicht das therapeutische Dilemma, ermöglicht jedoch kurzfristig eine Perspektive, doch noch etwas tun zu können.

Am Morgen des folgenden Tages übergibt Frau Dr. Reif dem Stationsarzt Schmidt den Fall, da sie für zwei Wochen in Urlaub geht. Sie erwähnt den Entscheidungskonflikt und erklärt, dass zunächst die Abklärung der OP-Indikation im Vordergrund stehe. Sie betont, dass sie auch gegen den Wunsch des Chefs nach schneller Entlassung den Patienten stationär versorgt wissen möchte und dass auch der Oberarzt das Problem mit der Blase ignorieren würde:

Donnerstag, 1.3.

10:40 Kurvenvisite im Arztzimmer

Dr. Reif: Herr Spondel, eine große Diskussion ... der Chef sagt entlassen, das kann man zu Hause machen ... ich denke an eine gerontologische Station [...] gestern habe ich dann die Bilder nach [Universitätsklinikum X.] gegeben [...] neurologische ... oder gerontologische oder die Frührehabilitation ... das kann ich aber jetzt noch nicht entscheiden. Wenn die dann im [Universitätsklinikum X.] sagen „der ist operationswürdig“ ... der Assistent gestern sagte „nein, das werden wir sicher nicht machen“ ... und jetzt warte ich darauf, was die sagen ... wenn die in [Universitätsklinikum X.] ja sagen und der Chef sagt ja, dann sind wir unsere Sorgen los ... dann hat ihn noch Dr. Müller gesehen, der sagt jetzt alpha-Blocker (für die Prostata-Behandlung) oder einen suprapubischen Katheter ... ich würde ihn am liebsten ins [Universitätsklinikum X.] und dann vielleicht wieder hierher zurück ... der ist dann schon jemand, der vier Wochen im Krankenhaus sein sollte ... wenn die Neurochirurgen sagen: „wir nehmen den nicht“, dann würde ich den in die Mauritius-Klinik geben ... dann ist noch Herr Dr. L. (der Neurologe) ... da gewesen ... könnte dann auch durch den Darm infiltriert ... ob das jetzt nur Narben sind ... oder eine Fistel, das weiß man nicht ... die Neurochirurgen sagen dann „eine zwei-Höhlen-Operation, das können wir bei dem alten Mann nicht machen“, doch ob das wirklich von da kommt, weiß man auch nicht so genau ... sagen die Neurochirurgen „da müsste man ein MRT, um das mit dem Filtrat abzuklären“, da habe ich gesagt „Sie haben doch eins, dann nehmen Sie ihn doch.“

Stationsarzt Schmidt: Da haben Sie ja wirklich alles versucht.

Dr. Reif: Der Chef sagt, man solle ihn nach Hause, aber ich würde ihn jetzt doch gerne versorgt haben.

[... einige andere Patienten werden besprochen]

Dr. Reif (zu Herrn Schmidt): Der Schwarz [Oberarzt der Station, zur Zeit in Urlaub] ignoriert das mit dem Restharn bei Herrn Spondel. Herr Heimbach [der stellvertretende Oberarzt] meinte dann schon, dass man da was tun müsste ...

In der Übergabe des Patienten an den jungen Stationsarzt muss nicht nur die medizinische Information, sondern der Orientierungsrahmen, d.h. der richtige Habitus vermittelt werden. Entsprechend muss die Spannung im ärztlichen Feld, die sich aus den unterschiedlichen Positionen in der Hierarchie ergibt, mitkommuniziert werden. Der neue Arzt muss in die „richtige“ Position im Feld hinübergezogen werden, nämlich als Verbündeter, der die Versorgung des Patienten auch gegen den Wunsch der Administration nach rascher „Abschiebung“ gewährleistet. Frau Dr. Reif vermittelt ihr Anliegen an den jungen Arzt durch einen *moralischen* Appell, der gleichsam auf das Zentrum seines ärztlichen Selbstverständnisses zielt, nämlich auf den professionsethischen Imperativ, ein *guter* Arzt zu sein. Im Gegensatz zum neurologischen Konsiliarius, der sich aus der Rolle des Beraters heraus Distanz erlauben kann, stellt der Wunsch an den jungen Stationsarzt eine Forderung dar, deren Missachtung das *symbolische Kapital* seiner eigenen Arztdenitität berühren würde.

Während der anschließenden gemeinsamen Visite des Patienten werden die möglichen Nebenwirkungen der medikamentösen Prostata-Therapie besprochen. Darüber hinausgehend erklärt die Stationsärztin, dass sie die Durchführung einer differenzierteren bildgebenden Diagnostik [MRT] für die Abklärung der Details der Wirbelkörperentzündung für notwendig hält.

Als *performativer* Akt, der hier *vor* dem Patienten vollzogen wird, wird die offen geführte Debatte für den jungen Arzt gleichzeitig zur Instruktion, den Patienten besonders zu beachten und mögliche Nebenwirkungen genauestens zu beobachten. Die bisher noch nicht beschlossene Durchführung der teuren bildgebenden Diagnostik durch ein MRT bekommt in der Visite nun den Status einer medizinischen Notwendigkeit verliehen. Dies geschieht hier wieder performativ, indem der diagnostische Bedarf persönlich vor Herrn Spondel konstatiert wird. Dieser – hierdurch gleichsam als Zeuge ermächtigt – ist nun in der Lage, jederzeit vom Stationsarzt die offensichtlich für notwendig erachtete Maßnahme einfordern zu können. Durch diese Inszenierung wird der Arzt gleichsam in den richtigen Orientierungsrahmen hineingepresst.

Am folgenden Tag spricht der Stationsarzt mit den Angehörigen von Herrn Spondel über das weitere Prozedere. Diese äußern den Verdacht, dass der Patient abgeschoben werden solle:

Freitag, 2.3.

11:20 (auf dem Gang vor den Stationszimmern)

Stationsarzt Schmidt (berichtet): ... [Universitätsklinikum X.] ... Neurochirurgie ... oder dann wie Frau Dr. Reif vorschlägt, eine Rehaklinik wie das Mauritius ... dann das Problem mit der Blase ... könnte man mit einem Medikament die Prostata oder dann den Katheter ... ist das Problem, bei Körpertemperatur entwickeln sich die Keime [in der Blase].

Sohn: Ich habe das Gefühl, dass er abgeschoben wird.

Stationsarzt Schmidt: Nein, das ist nicht so, auch in so einem Haus wie in dem Mauritius wird regelmäßig Blut abgenommen und kontrolliert ... nur hier ist dann bloß ein Akutkrankenhaus, die Schwestern haben hier gar nicht die Zeit, intensiv was mit ihm zu machen ...

Stationsarzt Schmidt: Das Problem ist, dass wir jetzt auf die Entscheidung vom [Universitätsklinikum X.] angewiesen sind, ob die das jetzt machen können, vorher können wir jetzt nicht weitersehen ...

Die Fähigkeit, zwischen den Polen Einsatz und Abwehr, Aufklärung und Verschleierung, Dramatisierung und Besänftigung pendeln zu können, stellt für den Arzt eine wichtige Voraussetzung dar, angesichts prinzipiell unsicherer Handlungsperspektiven im Hier und Jetzt sein Handeln begründen zu können. Hier zeigen sich in der komparativen Analyse deutliche Parallelen zum Thema „Umgang mit sterbenden Patienten“.¹¹ Das Problem liegt hier jedoch nicht nur in der Aufklärung über die Komplexität der medizinisch therapeutischen Fragen, sondern auch in der Unvermittelbarkeit der administrativen Logik. Diese „Doppelrahmung“ muss in der Angehörigen- (und auch Patienten-)Kommunikation verschleiert werden, denn allzu direkte Information ist gefährlich, würde dies doch bedeuten, sich auf eine moralisch krisisierbare Position festlegen zu lassen. Ein diesbezügliches *misframing* seitens der Ärzte als *Modulation* im Modus der „Täuschung (in guter Absicht)“ stellt hier eher eine systemische Disposition der Arzt-Patient-Kommunikation dar als ein persönliches Defizit eines einzelnen Arztes. Die Interferenz von medizinischer und administrativer Rationalität verhindert einen „offenen Bewusstseinskontext“ (im Sinn von Glaser und Strauss 1965); sie erzeugt den Angehörigen gegenüber einen „geschlossenen Bewusstseinskontext“ mit der Konsequenz entsprechenden Misstrauens.¹²

¹¹ Hier bietet sich kontrastiv der Vergleich mit einer Vielzahl von Aufklärungsgesprächen in der Onkologie an, in denen immer zugleich der Erfolg wie auch das Scheitern einer Therapie mitkommuniziert werden müssen.

¹² Theoretisch ließe sich ein idealtypischer Fall konstruieren, in dem all die Dilemmata und Widersprüchlichkeiten den Patienten und Angehörigen gegenüber offen gelegt werden. Hierdurch würde sich ein Vertrauensverhältnis gestalten können, das Patient und Angehörige ermächtigt, selbst über den weiteren Prozess mitbestimmen zu kön-

Nachmittags berichtet die Stationsärztin dem Beobachter von der Beurteilung der Röntgenbilder durch die Neurochirurgen eines Universitätsklinikums. Diese würden auf keinen Fall operieren, zumal es sich differenzialdiagnostisch an der fraglichen Stelle auch um einen tumorösen Prozess handeln könne. Zur diagnostischen Abklärung müsse nun noch eine Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) durchgeführt werden. Die Stationsärztin bemerkt weiterhin, dass eine frühere Untersuchung mittels einer CT-gestützten Punktion des Rückenmarks möglicherweise ein falsches Ergebnis vorgetäuscht habe und darüber hinaus die Ursache für den Restharn in der Blase immer noch ungeklärt sei:

15:30 im Stationszimmer

Dr. Reif (erklärt dem Beobachter): ... Herr Spondel ... wir hatten ja gedacht, das mit dem Wirbelkörper, wenn sich das jetzt so schnell, in zwei Monaten entwickelt hat, dann muss das jetzt was Entzündliches sein, die meinen aber jetzt, dass das eher was Tumoröses sein kann. Die Geschwindigkeit spricht dann eher dafür. Allerdings dachten wir, bei einem Tumor müsste der Verlauf ja jetzt weitergehen und nicht stoppen wie jetzt ... da meinten die ‚na, ja‘. Jetzt sollte dann ein MRT gemacht werden, Dienstag, in einer Praxis in der Nähe vom [Strasse K.]. Jetzt meint der aber, es dürfte kein Metall im Körper sein und Herr Spondel meinte dann, dass da noch Granatsplitter seien ... jetzt müssen wir noch Röntgen, um die Granatsplitter aufzuspüren. ... Im [Klinikum X.] meinten die dann noch: Wenn das MRT nichts aussagt, dann müssen wir doch die „offene Punktion“ machen, auch wenn wir jetzt dann auch nicht operativ drangehen würden, aber jetzt zur diagnostischen Abklärung ... dann könnte man vielleicht noch bestrahlen. Wir hatten dann ja eine CT-gestützte Punktion durchgeführt, aber da hatten wir dann weder Bakterien noch was Tumoröses gesehen ... die Neurochirurgen meinten aber hierzu, dass man den Tumor bei einer CT-gestützten Punktion oft nicht sieht, dann müsse man doch die offene durchführen. ... das ist dann wirklich ein spannender Fall ... die Sache mit der Blase ist ja immer noch nicht abgeklärt, ist das jetzt eine Polyneuropathie aufgrund des Zuckers, wegen dem engen Spinalkanal, oder kommt die Restharnbildung jetzt von der Prostata?

Das „therapeutische“ Problem wird nun zu einem „scholastischen“ Fall, zu einem intellektuell herausfordernden Problem heraufmoduliert (zu einem „wirklich spannenden Fall“). Die Handlungsperspektive wandelt sich hier von der Therapie zur Diagnose: Weitere diagnostische Prozeduren ein-

schließlich einer offenen diagnostischen Operation werden angedacht. Die ins Auge gefassten Prozeduren geben dem Krankenhausaufenthalt von Herrn Spondel erneuten Sinn: Solange die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist, kann der Patient nicht entlassen werden, als „positiver Nebeneffekt“ dieser Neurahmung wird die administrative Logik unterlaufen. Ärztliche Aktivität perpetuiert sich nun selbst durch die Sachzwänge, die sich aus der diagnostischen Forschungsrationalität ergeben.

Das Ergebnis der fünf Tage später erfolgten MRT-Untersuchung spricht für eine bakterielle Entzündung und gegen ein tumoröses Geschehen. Dem Beobachter wird vom Stationsarzt das weitere therapeutische Vorgehen erläutert: Es werden Alpha-Blocker zur medikamentösen Verkleinerung der Prostata sowie weiterhin Antibiotika gegeben. Darüber hinaus solle die Restharnmenge kontrolliert werden, falls der Patient noch länger da bleibe. Die heroische Therapieoption wird nun stillschweigend nicht mehr weiterverfolgt. Des Weiteren wird die Verlegung in ein Rehabilitationskrankenhaus angepeilt, hierfür ist jedoch die Mobilisation des Patienten eine wichtige Voraussetzung. Während der Oberarztvisite erläutert der Stationsarzt gegenüber die Gefahr der Hospitalisierung des Patienten und fordert eine Entscheidung im Hinblick auf die Mobilisierung. Der Oberarzt entscheidet sich für die Anlage eines Stützkorsetts, das dem Patienten gewisse Bewegungsfreiheiten lässt.

Auf dem Gang antizipiert der Stationsarzt das Scheitern der medikamentösen Prostata-Therapie. Die Ärzte besprechen die Modalitäten der Patientenverlegung:

Mittwoch 7.3.

11:10 Oberarztvisite (auf dem Gang)

Stationsarzt Schmidt: Das andere ist jetzt mit dem Alpha-Blocker, wenn das jetzt nicht anschlägt.

Oberarzt: Dann den suprapubischen Katheter.

Stationsarzt Schmidt: Dann würde ich den dann auch gerne bald entlassen.

Stationsarzt Martin: Dann bloß, wohin?

Oberarzt: Vielleicht sogar die Klinik Sonne.

Stationsarzt Boller: Aber da machen die internistisch doch gar nichts mehr.

Oberarzt: Die sind eher orthopädisch, aber das macht jetzt nichts oder ist sogar besser, denn das Krankheitsbild ist ja jetzt wirklich abgeklärt.

nen. Als gewichtigster Einwand gegen die Praktikabilität des Modells erscheint hier jedoch das Problem der Information über die für einen Außenstehenden außerordentliche Komplexität der administrativen und organisatorischen Welt medizinischer Versorgungssysteme.

Stationsarzt Boller: Aber die sind doch die Teuersten. Dafür gibt es doch keine Genehmigung.

Oberarzt: Versuchen wir es dann und dann vielleicht ...

Stationsarzt Schmidt: Gut, erste Priorität ist dann Klinik Sonne, dann als zweite das Mauritius, werde ich mich drum kümmern.

In der Diskussion der Ärzte auf dem Gang wird nochmals das Grunddilemma der Entscheidung reproduziert: Der Erfolg der medikamentösen Therapie ist keinesfalls gesichert und die Verlegung in eine geriatrische Reha-Klinik birgt die Gefahr, die erforderliche akutmedizinische Betreuung nicht leisten zu können. Die Möglichkeit, irgendwann einen Blasenkatheeter durch die Bauchdecke zu führen, erscheint hier als beruhigende Alternative, ebenso der Verweis, dass das Krankheitsbild nun doch „wirklich abgeklärt“ sei. In beiden Fällen dient die Beruhigung des Oberarztes eher als rhetorische Figur im Hinblick auf die hier aufgespannte Scheinalternative einer intensiven internistischen Dauerbetreuung, die jedoch allein schon aufgrund der mangelnden Finanzierung durch die Krankenkassen kein praktikables Behandlungsmodell darstellen würde. Das, was für den Patienten auf der Station getan werden kann, ist getan – übrig bleibt nur noch, ihn in der bestmöglichen Reha-Einrichtung unterzubringen.

Zwei Tage später wird Herr Spondel entlassen. Der Kurzarztbrief ist fertiggestellt. Das Krankheitsbild wird in medizinischen Begriffen stichwortartig geschildert. Der Stationsarzt erklärt auf Fragen des Beobachters, was denn nun mit der Blase sei, dass die Ablehnung des Patienten, sich einen suprapubischen Blasenkatheeter anlegen zu lassen, die Entscheidung leichter gemacht habe und dass der Restharn eben in einigen Wochen wieder kontrolliert werden müsse:

Freitag, 9.3.

9:45 (vor dem Stationszimmer)

Dr. Schmidt: Der hat jetzt immer noch Restharn ... müssen wir jetzt mit dem Alpha-Blocker weiterversuchen ... mit dem suprapubischen Katheter das lehnt er ja ab, da habe ich jetzt gestern noch mal mit ihm gesprochen ... das macht jetzt die Entscheidung leichter ... gut, müssen wir jetzt nach ein paar Wochen wieder kontrollieren ...

Der Willensausdruck des Patienten befreit den jungen Arzt ein Stück von der emotionalen Last der Verantwortlichkeit („das macht jetzt die Entscheidung leichter“). Da Herr Spondel sich als so genannter autonomer Patient entschieden hat, das Risiko einer weiteren, möglicherweise letalen Blaseninfektion einzugehen und dafür auf die Unannehmlichkeiten eines Dauerkatheters bzw. eines

kleinen chirurgischen Eingriffes zu verzichten, ist jetzt für die Ärzte *wirklich* alles getan, was man tun konnte. Der Patient kann guten Gewissens entlassen werden, indem der Auftrag zur regelmäßigen Untersuchung des Restharns an die zukünftigen Ärzte weitergeleitet wird. Warum der Patient die Maßnahme ablehnt, wird hier nicht weiter erwähnt. Denkbar wären hier verschiedene Motive: Angst vor dem Eingriff, ein hohes Schamgefühl bezüglich des Dauerkatheters, unter Umständen gar der Wunsch, in Ruhe sterben zu können. Systemisch spielt die Motivation des Patienten hier keine Rolle; sie braucht deshalb weder erwähnt zu werden, noch wird sie für das Fallprozedere bedeutsam. Entscheidend bleiben die Kommunikationen und ihre Anschlüsse in der Ärzteschaft.

Gegen Mittag telefoniert Stationsarzt Schmidt nochmals mit der Reha-Klinik, die sich bereit erklärt hat, den Patienten aufzunehmen. Themen des Gesprächs sind unter anderem die fortzuführende Antibiotikatherapie, die Anpassung des Korsetts und die Wünsche der Angehörigen. Herr Schmidt weist darauf hin, dass sie den Patienten auf der Station wirklich gut kennen würden und falls sich Fragen ergeben würden, sie jederzeit angerufen werden könnten.

Die Aneignung eines dezidierten Fallverständnisses, ein Gefühl für Komplexität der Problematik und nicht zuletzt die Beziehung der Ärzte dieser Station zum Patienten und seinen Angehörigen stellen einen wesentlichen Teil der professionellen Arbeit dar. Dieses Wissen kann nur rudimentär auf administrativem Wege – etwa durch den Arztbrief – übergeben werden und droht deshalb durch die Verlegung verloren zu gehen. In der hier deutlich werdenden Beziehung zum Patienten wird eine starke professionelle Identität deutlich, in der der hier nur schwer erfüllbare Anspruch mitschwingt, die professionelle Beziehung auch weiterhin aufrechtzuerhalten.

Knapp eine Woche später übergibt der Stationsarzt seine Patienten an die aus dem Urlaub zurückgekehrte Stationsärztin. Fünf Tage später hat Frau Dr. Reif einen Entwurf für den langen Arztbrief erstellt und zeigt diesen dem Beobachter. Die Indikation für den suprapubischen Katheter sowie die Ablehnung des Eingriffes seitens des Patienten werden ausdrücklich benannt. Darüber hinaus wird die wiederholte diagnostische Abklärung des Restharns nochmals gefordert.

Die Stationsärztin übernimmt im Hinblick auf die entlastende Attribution der Verantwortlichkeit für mögliche Komplikationen hier den „Ball“ vom jungen Stationsarzt: Da der Patient die therapeutische

Maßnahme abgelehnt hat und die „Kontrolle der Blase“ explizit an die künftigen Ärzte als Auftrag übergeben wird, ist sowohl der medizinische als auch der juristisch-legitimierende Rahmen eingehalten worden. Es ist nun dokumentiert, dass alles getan wurde, was getan werden konnte. Die professionelle Identität der Stationsärzte rekonstituiert sich im Arztbrief¹³ ohne Verlust an „symbolischem Kapital“ (Bourdieu 2001).

Als Kommentar zum Arztbrief betont die Stationsärztin dem Beobachter gegenüber nochmals, dass der Patient bei einer erneuten Urosepsis sterben würde und des Weiteren, dass ein suprapubischer Katheter schließlich nicht so ein großer Eingriff sei. Die prekäre medizinische Lage von Herrn Spondel besteht zum Zeitpunkt der Entlassung weiterhin fort. Wissen und Gewissen bilden hier unter dem impliziten Rekurs auf die Autonomie des Patienten eine interessante Brücke, mit deren Hilfe es den Stationsärzten gelingt, das Ausgangsdilemma, keine angemessene medizinische Behandlungsoption zur Verfügung stellen zu können, geschickt zu manövrieren.

Abschließende Fallinterpretation: Die besondere Entscheidungsproblematik im Fall von Herrn Spondel ergibt sich aus der Zeitdynamik der zukünftigen Antizipation der noch nicht eingetretenen Sepsis und der gegenwärtigen Stabilität des Patienten auf einem niedrigen Level. Während das weitere Prozedere unter den Ärzten überwiegend in einem medizinischen Rahmen diskutiert wird, wird der Verhandlungsprozess durch einen organisatorisch-ökonomischen Rahmen überlagert, denn ein Akutkrankenhaus kann weder die Betreuung eines chronischen Patienten noch die umfassende Prävention wahrscheinlicher zukünftiger Krankheitsereignisse leisten. Die Antizipation des medizinisch Notwendigen stößt hier an die Grenze der organisatorischen Möglichkeiten. Der Konflikt zwischen Medizinischem und Ökonomischem kehrt in der Institution Krankenhaus als Spannungslinie innerhalb der ärztlichen Hierarchie wieder. Die Leitungsebene positioniert sich mehr in Richtung der ökonomischen Interessen des Krankenhauses und fordert eine schnellere Entlassung, während die Stationsärzte sich eher dem vermeintlichen Patienteninteresse verbunden fühlen. Die Komplexität der Fallproblematik liefert dabei je nach Position ver-

schiedene Anschlussmöglichkeiten. Zum einen dient sie als Argument dafür, nichts weiter mehr tun zu können. Zum anderen wird sie zum Ansporn, noch mehr zu tun, etwa in dem Sinne, dass sich nun medizinische „Aktionismen“¹⁴ im Sinne von Suchbewegungen anschließen lassen, um jenseits der vorgegebenen Handlungsroutrinen einen Weg zur Weiterbehandlung zu finden. Verschiedene Dinge können hier – versuchsweise – unterschiedlich betont werden. Die Stationsärztin probiert etwa, das internistische Problem in ein chirurgisches oder neurologisches Problem umzudefinieren, entsprechende klinische Zuständigkeiten zu attribuieren und entsprechende Verantwortlichkeiten zu installieren. Hierdurch wird etwas Zeit im Hinblick auf die administrative Forderung nach schneller Entlassung gewonnen, nicht zuletzt auch dadurch, dass die therapeutische Aufgabe zeitweise in ein diagnostisches Problem umdefiniert wird. Erst als diese Versuche ausgereizt sind, muss ein integrierender Rahmen gefunden werden, um die nun anstehende Entlassung auch dem Patienten gegenüber zu legitimieren. Die Perspektive einer Rehabilitationsmaßnahme mildert die Last der Verantwortung im Hinblick auf die organisatorisch unvermeidbare Entscheidung etwas ab. Der Rekurs auf den Willensausdruck des Patienten und die Antizipation des noch durchzuführenden medizinisch Notwendigen im abschließenden Arztbrief entlassen die Ärzte endgültig aus der ihnen zugeschriebenen Verantwortlichkeit. Symbolisch ist nun der eigene Ethos wiederhergestellt: Man hat alles gesagt und getan, was nötig ist. Die Verantwortung für das weitere Geschehen ist an den Patienten und die zukünftigen Ärzte übertragen. Im Rahmen der medizinischen Diskursebene wird die Problematik von den Stationsärzten zwar weiterhin gesehen, doch man kann nun eine distanzierte Rolle einnehmen.

Der Entscheidungsprozess um Herrn Spondel stellt sich dabei innerhalb des ärztlichen Teams als ein kompliziertes soziales Gebilde dar, in dem Verantwortlichkeiten mehrfach verteilt, attribuiert und reattribuiert werden. Im Zentrum der Spannung stehen die Stationsärzte. Ihnen obliegt es, zwischen Angehörigen-, Patienten- und Organisationsinteressen eine Mitte zu finden, in der nicht nur die eigene ärztliche Identität, sondern auch die Identität medi-

¹³ Der Arztbrief stellt, wie Berg (1992) herausstellt, nicht nur eine passive Dokumentation des Geschehens, sondern eine aktive Rekonstruktion und Neuformulierung des Fallgeschehens dar. Er stellt in gewisser Hinsicht ein medizinisches „Narrativ“ dar.

¹⁴ Der Begriff „Aktionismus“ ist hier nicht in einem umgangssprachlichen Sinne zu verstehen, sondern meint im neutralen Sinne ein Bildungspotenzial, in dem in zufälligen aber durchaus begründeten Suchbewegungen Möglichkeiten gesucht werden, eingefahrene Gleise, hier etwa administrative Logiken, zu unterlaufen und für eigene Zwecke zu instrumentalisieren (s. a. Nohl 2001).

zinischer Organisationen reproduziert wird. Entwickelte ärztliche Kompetenz heißt, auch unter Bedingungen von Ambivalenz und Widersprüchlichkeit einen komplexen Entscheidungsprozess managen zu können. Der Vergleich zwischen dem jungen Stationsarzt und der Stationsärztin zeigt entsprechend unterschiedliche Strategien auf, mit diesem Problem umzugehen: Während Herr Schmidt versucht, seine Verantwortlichkeit im ärztlichen Team, insbesondere auf der Leitungsebene, zu verteilen, stellt für Frau Dr. Reif derselbe Sachverhalt einen Ansporn dar, doch noch einen anderen Weg zu finden. Solche Unterschiede lassen sich zwar biografisch plausibilisieren, etwa durch unterschiedliche Widerständigkeiten oder durch verschiedene Ausbildungsstände – so hat Herr Schmidt erst seit einem Monat seine Arzt im Praktikum Zeit beendet. Dennoch kann das Grundproblem dieses Entscheidungsprozesses nicht „psychologisch“ auf die emotionale Haltung einzelner Ärzte reduziert werden, sondern stellt sich als Konflikt dar, der – wenn gleich mit unterschiedlicher Enaktierung – das ganze medizinische Team trifft. Zum einen stellt sich hier das Problem, dass eine Weiterbehandlung des Patienten aus administrativen Gründen nicht mehr möglich ist; auf der anderen Seite steht die professionelle Identität der Ärzte bzw. einer Station, die einen Patienten auch als Gesamtperson gut kennt und deshalb besonders gut betreut wissen möchte. Dieser Widerspruch lässt „Falschrahmungen“ notwendig erscheinen, die auf der einen Seite medizinisch-diagnostische Initiativen aus administrativer Sicht unverdächtig erscheinen lassen, während auf der anderen Seite administrative Gründe den Angehörigen und Patienten gegenüber als vermeintlich therapeutisch begründete Maßnahmen verschleiert werden.

Beispiel 2: Herr Schmidt-Bauer, chirurgische Station eines Allgemeinkrankenhauses

Herr Schmidt-Bauer, ein 49-jähriger Mann, wird am Mittwoch, dem 15.3., über die Notaufnahme wegen Verdachts einer akuten Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse) auf die Intensivstation einer chirurgischen Abteilung aufgenommen. Am Freitag wird der Patient auf die normale Station verlegt. Eine Pankreatitis ist nicht ungefährlich. Nicht selten endet diese Krankheit tödlich. Den Ärzten ist mit Herrn Menzel, der seit sechs Wochen auf der Intensivstation mit dem Überleben ringt, das abschreckende Beispiel eines ungünstigen Verlaufs deutlich vor Augen. Die folgenden Tage wird Herr Schmidt-Bauer auf der Station beobachtet.

Außer den regelmäßigen Blutkontrollen haben sich die Ärzte noch nicht für eine weitergehende Therapie oder Diagnostik entscheiden können. Auch auf der üblicherweise mittwochs stattfindenden Chefarztvisite wird diesbezüglich keine Entscheidung getroffen, da der Chef die Visite kurzerhand aufgrund mangelnder Arztpräsenz ausfallen lässt.¹⁵ Schließlich führt der Arzt im Praktikum die Visite alleine durch. Der Patient bekundet diesem gegenüber, dass er sich gut fühle und nach Hause gehen wolle. Der angehende Arzt verweist auf die übergeordneten Stationsärzte, die ihn erst noch mal anschauen sollten, zumal der Patient bis vor kurzem ja noch auf der Intensivstation gelegen habe. Die folgenden Tage liegt Herr Schmidt-Bauer auf der Station und wird von den Ärzten beobachtet. Die Stationsärztin bemerkt dem Beobachter gegenüber ein paar Tage später, dass man eigentlich nicht so recht wüsste, was man mit dem Patienten hier auf der chirurgischen Station anfangen solle und dass die Oberärztin doch entscheiden solle, wie nun weiterzugehen sei:

Montag, 27.3.

14:10 Stationszimmer

Dr. Schneider (zum Beobachter): Klar, der trinkt ganz gerne ein bisschen, ... hat ein paar kleine Zysten im Pankreas ... wir können ja eigentlich hier mit ihm nichts anfangen ... ihn aufbauen (über die Ernährung) und dann kontrollieren, was geschieht ...

14:40 Stationszimmer

Dr. Schneider (zum Stationsarzt Scholz): Herr Schmidt-Bauer ... was machen wir jetzt mit dem ... muss die Sabine [Vorname der Oberärztin] entscheiden ... oder bauen wir den auf, stellen die Ernährung um und gucken dann noch mal wie es ihm geht ...

Elf Tage nach der Aufnahme des Patienten sind die betreuenden Stationsärzte nicht in der Lage, eine Entscheidung hinsichtlich des weiteren Prozederes zu treffen. Im Prinzip wäre jetzt zu entscheiden, wie weit man mit der Diagnostik geht und ob dann nicht im Falle von weiteren so genannten Pankreaszysten eine Indikation für einen chirurgischen Ein-

¹⁵ Als der Chef auf die Station kommt, ist ärztlicherseits nur der Arzt im Praktikum anzutreffen. Die Stationsärztin und die Oberärztin sind im OP und der Stationsarzt hat heute einen freien Tag, den er jedoch dafür nutzt, in einem Arztzimmer auf der Nachbarstation telefonisch Daten für eine wissenschaftliche Studie zur Katamnese laparoskopisch operierter Krebspatienten zu erheben. Der Chefarzt sucht den Stationsarzt in dem Arbeitszimmer auf und wirft ihm schreiend vor, dass dieser doch schließlich auf seiner Station zu sein habe. Ohne eine Antwort abzuwarten, verlässt der Chef den Raum und kündigt an, die Visite heute ausfallen zu lassen.

griff bestehe. Dr. Schneider, wenngleich von ihrer Qualifikation her selber chirurgische Fachärztin, „traut“ sich ihrerseits nicht, eine eigenständige Entscheidung zu treffen, etwa den Patienten zu verlegen, zu entlassen, oder den umgekehrten Weg zu gehen und eine weitergehende Diagnostik zu veranlassen. Entlassen kommt nicht in Frage, da – trotz der Eigenanteile des Patienten im Hinblick auf seinen Alkoholkonsum – die Last der Verantwortung hierfür zu groß wäre, weil eine Pankreatitis immer auch letal verlaufen kann. Diagnostische oder therapeutische Initiativen sind jedoch mit dem Verweis auf die Kosten stets der Gefahr einer Kritik durch den Chefarzt ausgesetzt.¹⁶ Entsprechend wird die Entscheidung an die Oberärztin delegiert, die jedoch aufgrund ihres vollen OP-Programms kaum auf der Station anzutreffen ist. Entsprechend leicht lassen sich immer Gründe finden, die Einforderung einer Entscheidung zeitlich weiter hinauszuschieben. Wie auf der internistischen Station wird die Konfliktlinie zwischen Medizinischem und Ökonomischem in die ärztliche Hierarchie hineinkopiert. Sie wird jedoch, wie im Folgenden gezeigt, auf eine andere Weise bearbeitet:

Zwei Tage später wird der Patient dem Chefarzt während der regulären Mittwochsvisite vorgestellt. Die Oberärztin kündigt an, dass zur weiteren diagnostischen Abklärung noch eine Computertomographie durchgeführt werden solle. Der Chefarzt stellt einige Differenzialdiagnosen auf und fragt die Ärzte nach dem Vorbefund und ob schon einmal eine ERC¹⁷ durchgeführt worden sei. Die Oberärztin benennt die akute Pankreatitis als Vorbefund und gibt auf den zweiten Teil der Frage keine Antwort. Der Chefarzt bestätigt, dass ein CT in diesem Falle eine sinnvolle diagnostische Maßnahme sei. Nach der Visite schauen sich die Oberärztin und der Stationsarzt gemeinsam die Akte von Herrn Schmidt-Bauer an. Frau Dr. Puls stellt fest, dass zunächst das Ergebnis der Computertomographie abgewartet werden solle, bevor die weitergehende Diagnostik durchgeführt werden könne. Mittags berichtet der Stationsarzt Dr. Schneider von der Panne während der Chefvsite: Weder er noch die Oberärztin hätten über die Vorgeschichte von Herrn Schmidt-Bauer Bescheid gewusst. Die Stationsärztin bemerkt da-

raufhin, dass sie die Durchführung einer diagnostischen ERC nicht für sinnvoll halte, zumal sich der Oberarzt der Intensivstation bezüglich der Diagnose recht sicher sei.

Knapp zwei Wochen nach der Aufnahme auf die Station ist die Oberärztin noch nicht „wirklich“ in den Fall involviert. Die im Fall Schmidt-Bauer am meisten engagierte Stationsärztin ist während der Visite im OP und kann deshalb nicht persönlich berichten. Die besonderen strukturellen Bedingungen einer chirurgischen Station erschweren den kommunikativen Austausch unter den Ärzten wesentlich, denn die Zeitabläufe werden durch den Operationssaal bestimmt. Selten sind alle Ärzte gleichzeitig auf der Station und Notfälle ziehen zusätzliche Kapazitäten ab. Insbesondere die Oberärztin kann hier ihrer Doppelrolle, einerseits die Stationsarbeit zu beaufsichtigen und andererseits als chirurgische Spezialistin schwierige Operationen durchführen zu müssen, kaum gerecht werden. Im Zweifelsfall muss die Stationsarbeit hinstehen und erst, wenn der Entscheidungsdruck forciert wird, wie hier durch die Chefvsite geschehen, besteht ein Anlass, das knappe Zeitbudget einem ausführlicheren Aktenstudium zu widmen. Während in der Inneren Medizin eine der wesentlichen Aufgaben der Ärzte in Studium und Diskussion der Fallgeschichte besteht – in einer institutionalisierten Kultur der „*second opinion*“ der Meinungs-austausch geradezu gesucht wird –, stellt die Falldiskussion in der Chirurgie eher ein mehr oder weniger notwendiges Übel dar. Diese Lücke an Verantwortungsübernahme kann hier jedoch auch nicht durch die Fachärztin (!) Dr. Schneider gefüllt werden, denn ihre diesbezügliche Macht ist dadurch eingeschränkt, dass von ihr verlangt wird, auch „*nicht-invasive*“ Entscheidungen, wie etwa die Anordnung einer Computertomographie, von der Leitungsebene absegnen zu lassen. Deren kostbares Zeitbudget wegen „Kleinigkeiten“ in Anspruch zu nehmen birgt jedoch seinerseits die Gefahr von Sanktionen. In diesem „*double bind*“ paralyisiert, kann die Entscheidungsfindung leicht ins Stocken geraten. Selbst wenn hier seitens Frau Dr. Schneider durchaus eine fachlich begründete Position benannt wird, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass diese hier im Entscheidungsprozess verloren geht bzw. nicht beachtet wird. Wenngleich der Oberarzt der Intensivstation durchaus relevantes Wissen zu dem Fallgeschehen beizutragen hätte, befindet er sich außerhalb des Stabs der Entscheidung, und die innerhalb der Station vorhandenen Kommunikationsschranken verhindern, dass seine diesbezüglichen Informationen zur Geltung ge-

¹⁶ „Überflüssige“ CT-Untersuchungen sollen auf Anordnung des Chefarztes unterbleiben. Die regelmäßige Röntgenbesprechung dient dabei als das Kontrollorgan, um diesbezügliche Vergehen sanktionieren zu können.

¹⁷ ERC: Abk. für endoskopische retrograde Cholangiopankreatographie. Methode zur Darstellung des Gallengangsystems durch retrograde Einführung eines Endoskops und anschließende Kontrastmittelinjektion.

bracht werden können.¹⁸ Neben dem medizinischen Rahmen, also der Frage, was aus ärztlicher Sicht am besten zu tun sei, tritt hier ein mikropolitisch-er Rahmen in den Vordergrund. Im ärztlichen Rollengefüge hat der Chefarzt zwar die Doppelfunktion, den Wächter des organisatorisch-ökonomisch Rationalen und gleichzeitig die medizinische Entscheidungskompetenz zu repräsentieren. Die quasi militärische Hierarchie entwickelt hier jedoch eine Eigendynamik, die in ihren Konsequenzen quer zum Medizinischen und Ökonomischen liegt, denn sie behindert den Fluss der für die Entscheidungskommunikation relevanten Informationen. Die Bedeutung dieser mikropolitischen Dimension wird im folgenden Verlauf noch deutlicher.

Am Mittwochnachmittag, noch am gleichen Tag, werden auf der Röntgenbesprechung bereits die CT-Bilder besprochen. Die Röntgenärztin schildert, dass sich die Zysten nicht verändert hätten, der Flüssigkeitsraum in der Milz sich jedoch vergrößert habe. Die Stationsärztin fragt, ob die Zyste mit dem Pankreas verbunden sei. Die Aufnahmen scheinen hierzu keinen Hinweis zu geben. Die Oberärztin und die Stationsärztin schauen sich im Anschluss an die Besprechung nochmals die Aufnahmen von Herrn Schmidt-Bauer an. Der Versuch der Stationsärztin,

den Chefarzt durch die erneute Präsentation der Röntgenbilder auf der Frühbesprechung am Donnerstag in den Entscheidungsprozess zu involvieren, missglückt, da der Chefarzt erneut abwesend ist. Am Freitag ist das weitere Prozedere von Herrn Schmidt-Bauer immer noch ungeklärt. Der Stationsarzt schlägt vor, eine Entscheidung durch den Chefarzt einzufordern, möchte diesen allerdings nicht persönlich mit den aktuellen Ergebnissen konfrontieren, sondern weist darauf hin, dass dies die Aufgabe der Oberärztin sei. Frau Dr. Schneider verweist nochmals auf die Ergebnisse der letzten Chefvisite und fügt hinzu, dass die hier in Betracht gezogene diagnostische ERC ein nicht unerhebliches Risiko berge.

Die Kommunikationslinien der steilen Hierarchie erweisen sich hier wieder als Interaktionssperren. Ein einfacher Stationsarzt kann nicht ohne Weiteres den Chefarzt aufsuchen und von diesem eine Entscheidung einfordern, denn der Chef entscheidet selber darüber, wann er entscheidet. Sein Zeitbudget ist nicht für andere disponibel. Entsprechend entfaltet sich nun ein subtiles Spiel, um den Chefarzt doch zu einer Entscheidung herauszufordern, etwa indem die Bilder des Patienten ein zweites Mal während der routinemäßigen Röntgenbesprechung präsentiert werden – in der Hoffnung, dass der Chef anwesend ist und auf die Information reagiert. Der primäre Orientierungsrahmen der Akteure ist auch hier wieder mikropolitisch-er Natur, denn handlungsleitend wird das Motiv, die prekäre Kommunikation mit dem Chef zu vermeiden.

Eine differenzierte Diskussion des weiteren Prozederes, etwa die Verhandlung über Sinn oder Unsinn des diagnostischen Eingriffs einer ERC, ist hier innerhalb der Hierarchielinie nicht möglich. Ebenso bleiben internistische Fragen und das nicht unwesentliche Problem der *compliance* eines anscheinend zu Alkohol-Abusus neigenden Patienten außen vor. Dennoch: Das Problem verlangt nach einer Entscheidung.

Am kommenden Montag gibt der Chefarzt die Anordnung, nun doch eine diagnostische ERC durchführen zu lassen. Während der Verbandsvisite beklagt sich der Stationsarzt gegenüber dem Beobachter über den langen Zeitraum, den es gedauert habe, bis endlich eine Entscheidung gefallen sei. Nach der Aufklärung des Patienten über Sinn und Gefahren einer ERC durch den Stationsarzt stimmt dieser der Durchführung des Eingriffs zu und unterschreibt den Aufklärungsbogen. Die Prozedur wird ohne Komplikationen am folgenden Dienstag durchgeführt. Am nächsten Morgen werden die Er-

¹⁸ Aus dem Einzelinterview mit dem Oberarzt der Intensivstation lässt sich die Geschichte von Herrn Schmidt-Bauer wie folgt rekonstruieren: *Dr. Mehring*: Und bei dem Schmidt-Bauer, das war dieser junge Mann mit der Pankreatitis, nicht? Da haben wir es auch richtig entschieden, nicht? Da ging es nur darum, da haben wir punktiert, ne? Die Zyste punktiert, nicht? Das war eine Entscheidung, wo man sagen konnte, okay wir machen jetzt erst mal gar nichts, beobachten das nur, nicht? Haben's aber punktiert, um zu wissen *was* er hat und dadurch war eigentlich sehr früh klar, dass der keine Pankreatitis hat, sondern ne eingeblutete Pseudozyste, was man ja ganz anders [behandelt. [...] Ich hab dann an dem Aufnahmetag noch ein Ultraschall gemacht und unter Ultraschall so ein Gebiet, wo es also eingeblutet hat, da anpunktiert und dachte eben, das also blutig war und gleichzeitig noch hoher Gehalt auch an Fermenten, war klar um was es sich handelt, nicht? Das hat also die Diagnosefindung außerordentlich beschleunigt in dem Fall, ne? *Beobachter*: Und an der Entscheidung, dass er dann noch mal ERCpiert wurde, da waren Sie dann nicht dran beteiligt? *Dr. Mehring*: Nee das hätte ich auch, glaub ich, das wär aus meiner Sicht auch gar nicht nötig [...] *Beobachter*: Das war dann auf der Normalstation [...] *Dr. Mehring*: Da war ich ja nicht mehr involviert, ne – das war, gut das hat dann letztendlich die Diagnose ja noch mal erhärtet, nicht, aber da kann ich nicht sagen, da müsste ich jetzt erst mal lang drüber nachdenken, ob das aus dem, wenn ich da das Entscheiden gehabt hätte, ob ich das überhaupt gemacht hätte oder nicht, ne, ich glaube, hätte ich gar nicht mehr gemacht.

gebnisse auf der Röntgenbesprechung vorgestellt. Es zeigt sich eine Pseudozyste. Diese Diagnose ist für die Chirurgen eine Indikation für einen Eingriff. Im Hinblick auf die Gefahr durchaus üblicher Komplikationen einer chirurgischen Maßnahme erklärt der leitende Oberarzt mit Verweis auf die ärztliche Verantwortung für diesbezügliche Missgeschicke, dass es durchaus in Ordnung sei, wenn der Patient sich nicht operieren lassen wolle – zumal er es ja durch die Vermeidung weiterer Exzesse selber in der Hand habe, weiteres Übel zu vermeiden:

Freitag, 7.4.

8:15 (auf dem Weg zwischen Station und Röntgenbesprechung)

(Herr Schmidt-Bauer begegnet der Ärztgruppe. Patient und Ärzte grüßen sich wechselseitig)

Oberärztin: Das gibt gleich was auf der Visite, der will sich nicht operieren lassen ...

Leitender Oberarzt: Ist ja auch verständlich ... kann die Milz mit rausfliegen ... wenn nicht ... oder gibt eine heftige Pankreatitis ...

8:35 Stationszimmer

Leitender Oberarzt (zur Oberärztin): ... Schmidt-Bauer ... habe ich gesagt, ob wir den nicht punktieren sollen ... da hat der aber auch nicht begeistert geguckt ... wenn dann eine Infektion kommt, dann sind wir noch schuld ... das war ja auch nach einem Exzess entstanden ... wenn der jetzt sein Leben in Ordnung bringt ... ist das auch okay.

Der Chefarzt bekundet auf der anschließenden Visite, dass dies unter der Voraussetzung regelmäßiger diagnostischer Kontrollen in Ordnung sei, insbesondere auch im Hinblick auf die spätere Option eines chirurgischen Eingriffs. Der entsprechend der durchgeführten Diagnostik medizinisch indizierte, jedoch durchaus auch riskante Eingriff braucht nun erst mal nicht durchgeführt zu werden. Indem der Patient hierfür die Verantwortung übernimmt, werden die Ärzte diesbezüglich entlastet. Entsprechend mündet die Tatsache, dass der Patient während der Chefvisite nicht im Zimmer anzutreffen ist, nicht in einen ärztlichen Handlungsimpuls, den Patienten seitens eines Vertreters der ärztlichen Leitungsebene erneut aufzusuchen und in Bezug auf seine Entscheidung umstimmen zu wollen. Die Ärzte können – dem Patienten „autonomisierend“ die Verantwortung zurückgebend – sich nun entspannt zurücklehnen und sich in das vom Patienten artikulierte Unbehagen hinsichtlich eines chirurgischen Eingriffs „verstehend“ einklinken.¹⁹ Die Entscheidungslas-

ten sind nun eindeutig attribuiert: Es ist jetzt Sache des Patienten, die geforderten Kontrollen durchführen zu lassen, weitere Alkoholexzesse zu vermeiden und irgendwann in nicht allzu ferner Zukunft die aus medizinischen Gründen für notwendig erachtete Operation durchführen zu lassen.

Schließlich informiert die Stationsärztin den Hausarzt von Herrn Schmidt-Bauer über die Ergebnisse des Krankenhausaufenthaltes. Im Sinne einer sauberen Verteilung der Verantwortlichkeiten kommt der Fall von Herrn Schmidt-Bauer erst dann zum Abschluss, wenn der Patient zumindest formal im medizinischen System weiter betreut wird. Dies geschieht, indem die Aufgabe an den Hausarzt weitergereicht wird. Dieser wird nun instruiert, was an weiteren Maßnahmen zu geschehen habe und vor allem, dass es an der Fehleinschätzung des Patienten gelegen habe, dass das medizinisch Indizierte noch nicht geschehen sei. Das medizinische Rational ist nun geschlossen, man hat alles getan, was man tun konnte und retrospektiv kann nun auch der lange Aufenthalt auf der chirurgischen Station einen nach außen vermittelbaren Sinn unterlegt bekommen: Zunächst musste die Diagnose gesichert werden, dann aber konnte der geplante Eingriff aufgrund des Patientenwillens nicht durchgeführt werden. Auf der medizinischen Diskursebene wird die Problematik von den Stationsärzten zwar weiterhin thematisiert, sie stellt jedoch aus der distanziertere Position nicht mehr den handlungsleitenden Orientierungsrahmen.

Abschließende Fallinterpretation: Auch im Fall von Herrn Schmidt-Bauer zeigt sich ein Rahmenkonflikt zwischen den administrativ-ökonomischen und den therapeutischen Aspekten ärztlicher Arbeit. Dennoch zeigen sich hier erhebliche Unterschiede in der sozialen Dynamik, wie das Thema hier verhandelt wird. Die Kultur der Nicht-Kommunikation, induziert durch das *double-bind*, die Leitungsebene sowohl involvieren als auch nicht involvieren zu müssen, lässt nach informellen Wegen suchen, Kommunikationswege außerhalb des regulären Entscheidungsstabs zu finden. Dies führt seinerseits zu Reibungsverlusten und dem Verlust von Information. Es wäre jedoch zu einfach, die Ursache dieser Dynamik einfach dem Charakter von Einzelper-

doch hier das ärztliche Kommunikationssystem in den Blick genommen wird, erscheint der Patient nur als Zurechnungskonstrukt, als das, was man ihm oder über ihn kommunikativ adressiert. Seine Intentionen und wesentliche Momente seiner Eigenbewegungen existieren zwar, bleiben jedoch – auch in der Bedeutung für den Interaktionsprozess – verborgen.

¹⁹ Durch die hier eingenommene Analyseperspektive kann der Eindruck entstehen, dass Patienten und deren Angehörige als eigenständige Akteure nicht vorkommen. Da je-

sonen zuzurechnen, hier etwa dem Despotismus des Chefarztes oder der Entscheidungsschwäche der Stationsärztin. Vielmehr scheint hier als strukturelle Variable auch die besondere Situation in der Chirurgie zum Tragen zu kommen. Die chronische Überlastung, der knappe Raum für die Stationsarbeit und die hohe Last der Verantwortung – etwa bei riskanten operativen Eingriffen – lassen ein System der Distribution von Entscheidungslasten emergieren, indem die beiden Pole „Entscheidungsvermeidung“ und „despotische Entscheidungsautorität“ nahe beieinander liegen. Die hier erscheinende besondere Rolle des Chefarztes kann deshalb auch so gelesen werden, dass im System dringlich jemand gesucht wird, der die Verantwortung für prekäre Entscheidungen übernimmt. Diese Deutung schließt natürlich nicht aus, dass einzelne Charaktere auch mal über das Ziel hinausschießen, die „Eigenarten der Persönlichkeit“ also durchaus auch eine Rolle spielen können. Um mit Rohde zu sprechen, „die faktische Autoritätsstruktur (die übrigens nicht eigentlich als informelle angesehen werden darf, da sie zwar von der formellen abweicht, dennoch nicht an der zufälligen Konstellation der beteiligten Individuen, sondern an den funktionalen Notwendigkeiten anknüpft) bestimmt das Maß an Spannungen und Konflikten“ (Rohde 1974: 374), und in diesem Sinne kann es nicht „verwundern, [dass] ein gewisser ‚Despotismus‘ in der Chirurgie geradezu funktionsnotwendig ist. Entscheidungen müssen hier typischerweise schnell und präzise getroffen werden und lassen sich nicht leicht und vor allem nicht in kollegialen Diskussionen aushandeln“ (Rohde 1974: 372). Komplementär hierzu ist die Angst vor dem Chef tief habitualisiert.²⁰ In der hier vorgestellten Falltrajektorie von Herrn Schmidt-Bauer bestimmen diese verinnerlichten Autoritätsstrukturen den Entscheidungsverlauf nicht unwesentlich mit. Da der offizielle Dienstweg nicht ohne Risiko der symbolischen Degradierung begangen werden kann, stellen Verhaltensweisen wie „Informationen nicht zur Geltung bringen“, „abwarten“ oder auch „dem Zufall mal ein wenig nachhelfen“,

²⁰ Die zwei folgenden kurzen Szenen verdeutlichen die tiefe habituelle Verankerung der Beziehung zwischen Chefarzt und den untergebenen Ärzten: (1) Als Frau Dr. Schneider das Telefon mit dem Hinweis „Chef“ überreicht bekommt, zuckt sie deutlich zusammen und bemerkt anschließend dem Beobachter gegenüber: „Früher habe ich immer einen Schreck gekriegt, wenn der Chef anruft.“ (2) Die Oberärztin bittet den Stationsarzt, vor einer Chefvisite noch schnell ein großes Pflaster über die Narbe einer Patientin zu kleben, die sie operiert hatte, damit dieser nicht sehe, wie hässlich die Narbe geworden sei.

wichtige „Überlebensstrategien“ dar. Wenngleich der Fall Schmidt-Bauer offiziell in einem medizinischen Rahmen thematisiert wird – denn es geht hier um die richtige Diagnose und Therapie – wird unterschwellig die hierarchische Ordnung mit verhandelt. In dem sich hier offenbarenden „mikropolitischen“ Rahmen werden Positionen bestätigt. Der Oberarzt der Intensivstation – sich der Diagnose von Anfang an sicher – bleibt dabei in diesem Spiel außen vor, denn er gehört nicht zum Spielfeld der Stationsdynamik. Gleichzeitig zum mikropolitischen Geschehen wird, wie im Fall von Herrn Spondel, auf der formalen Ebene immer auch dem „rechtlich-legitimatorischen“ Rahmen Rechnung getragen und entsprechend werden die Verantwortlichkeiten verteilt, attribuiert und reattribuiert. Der Prozess kommt auch in diesem Fall erst in dem Moment zum Abschluss, als der Patient mit seiner Weigerung, den Eingriff durchführen zu lassen, die Verantwortung für das weitere Geschehen übernimmt.

4. Abschließende Diskussion

In den beiden Fallrekonstruktionen zeigen sich recht unterschiedliche Modi der Entscheidungsfindung. Zunächst ergeben sich Unterschiede in der jeweiligen Diskurskultur. Auf der internistischen Station wird entsprechend einer institutionalisierten Kultur der „*second opinion*“ der Meinungs-austausch gesucht. Die durchaus auch kontrovers geführte Falldiskussion stellt nicht, wie in der Chirurgie, ein notwendiges Übel dar, sondern ist ein wesentlicher Bestandteil des professionellen Selbstverständnisses eines guten Internisten.²¹ Die prekäre Entscheidung wird demgegenüber bei den Chi-

²¹ In dem hier nicht aufgeführten Vergleich mit weiteren Kliniken zeigen sich weitere Differenzierungen der Typik im Hinblick auf *unterschiedliche Kompetenzverteilungen* im ärztlichen Team. Gegenüber den Stationen der städtischen Krankenhäuser kann sich in der universitären Medizin ein mehr oder weniger deutliches Kompetenzdefizit bei den Stationsärzten zeigen. Da hier in der Regel kaum fachärztliche Kräfte und manchmal sogar nur Ärzte im Praktikum in die alltägliche Stationsarbeit involviert sind, muss das Behandlungssystem andere Strategien im Umgang mit den belastenden hyperkomplexen Fällen entwickeln. In einer universitären Abteilung wurde etwa beobachtet, dass Kompetenzdefizite im ärztlichen Team solche Ausmaße annehmen können, dass vermehrt auf Auslagerungsstrategien zurückgegriffen werden muss. In einem solchen Team lassen sich etwa Suchbewegungen ausmachen, die allzu problematischen Patienten ohne allzu großen Gesichtsverlust „unbehandelt“ entlassen zu können.

urgen stärker personalisiert: Es muss jemand gefunden werden, dem man die Entscheidung zuschieben kann. Im Fall Schmidt-Bauer „proviziert“ die innersystemische Dynamik den Chefarzt, auf den Fall anzuspringen, um dann in gleichsam absolutistischer Manier die Verantwortung für die Entscheidung zu übernehmen. Die unterschiedlichen Entscheidungsmodi stellen in diesem Sinne habituelle Dispositionen dar, die auf die jeweils unterschiedlichen medizinischen Kulturen zurückgeführt werden können. Die Chirurgie verlangt tendenziell eher heroische Herangehensweisen, während bei den Internisten geduldiges und sorgfältiges Reflektieren eine Leitugend darstellt.

Darüber hinaus ergeben sich aus dem mikropolitischen Fokus²² weitere analytische Differenzierungen. Die Spiele um den Erhalt und die Erweiterung von eingenommenen Positionen lassen sich entsprechend der dokumentierten Auseinandersetzungen insbesondere im Fall Schmidt-Bauer auch als „Kämpfe“ zur Abwehr von Entscheidungslasten sehen. Führungskräfte sind gut beraten, einen Teil der an sie herangetragenen Entscheidungsprobleme prophylaktisch abzuwehren, denn eine allzu intensive Auseinandersetzung mit Problemen der Niederungen würde nicht nur ihre Kräfte verzehren, sondern zudem auch offenbaren, dass auch sie oftmals nur mit Wasser kochen. Entsprechend stellt sich innerhalb der hierarchischen Linie immer auch die Frage, wie viel man wem aufbürden kann. Chefärzte entwickeln entsprechende Abwehrkommunikationen und inszenieren sich als Metaentscheider, die entscheiden, wann sie entscheiden. Umgekehrt entwickeln die untergeordneten Ärzte ihrerseits Strategien, Lasten nach oben zu verweisen. In den Entscheidungsprozessen können sich auch andere organisationspolitische Auseinandersetzungen widerspiegeln. Innerhalb des Ärzteteams können darüber hinaus unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich von Behandlungskonzepten vorherrschen, die dann manchmal auf dem Rücken von Patienten oder den schwächsten Gliedern der ärztlichen Hierarchie ausgetragen werden. Der mikropolitische Blick plausibilisiert einige der Reibungen, die innerhalb der ärztlichen Entscheidungsprozesse auftreten und schärft den Blick für die Pathologien hierarchischer (und wohl auch heterarchischer) Systeme. Das Geschehen um den Entscheidungsprozess „Schmidt-Bauer“ repräsentiert den Fall der Dominanz der mikropolitischen Rahmung. Die markanten Störungen im Informationsfluss erscheinen zwar sowohl aus institutsökonomischer wie auch

aus medizinischer Sicht als dysfunktional. Im Hinblick auf die herausgearbeiteten Orientierungsrahmen der jeweiligen ärztlichen Akteure machen diese Prozesse jedoch dennoch Sinn, denn sie entsprechen dem verinnerlichten Habitus der ärztlichen Hierarchie. Die typologische Differenzierung zwischen dem internistischen und chirurgischen Entscheidungsmodus gibt Anlass zu der Vermutung, dass die Chirurgie für die despotische Entgleisung ihrer Entscheidungsprozesse besonders anfällig ist, da die fehlende Diskurskultur tendenziell begünstigt, dass prekäre Informationen zurückgehalten oder nur verdeckt zur Geltung gebracht werden.

Auf einer makrosoziologischen Ebene erscheint das Behandlungssystem des Krankenhauses in verschiedene Kontexturen eingebettet, die der Logik der gesellschaftlichen Funktionssysteme entsprechen. Die Gleichzeitigkeit von medizinischen, ökonomischen und juristischen Funktionsbezügen muss dabei innerhalb der Organisation Krankenhaus bearbeitet werden. Auf der Mesebene müssen die jeweiligen Semantiken in die Organisation Krankenhaus kopiert und dort bearbeitet werden, um eine erfolgreiche Umweltbeziehung (z. B. in Form ausreichender Geldflüsse) sicherzustellen. In der internen Bearbeitung der jeweiligen Semantiken bleibt das Krankenhaus autonom, d. h. es entscheidet selbst, wie die Balance zwischen den sich oftmals widersprechenden Logiken handlungspraktisch auszutarieren ist. So ist es oftmals leichter, juristischen Vorgaben dadurch gerecht zu werden, dass man die legitimatorische Absicherung formal durch entsprechend verfasste Berichte und Arztbriefe gewährleistet, als dadurch, dass man die medizinische Handlungspraxis an den diesbezüglichen Ansprüchen ausrichtet. Wenn man mit Luhmann Organisationen in dem Sinne als autonome Systeme begreift, die über die Ausgestaltung ihrer eigenen Binnenverhältnisse selbst entscheiden, bzw. dass Organisationen erst dann entstehen und sich reproduzieren, „wenn es zu Kommunikation von Entscheidungen kommt und das System auf dieser Operationsbasis operativ geschlossen wird“ (Luhmann 2000: 63), dann stellen die beobachtbaren Machtstrukturen nur ein sekundäres Phänomen des tiefer liegenden Entscheidungsproblems dar. Die Lösung der Frage, wie eine komplexe Fallproblematik wie die von Herrn Spondel zu entscheiden ist, liegt nicht mehr einfach auf der Straße. Die Austarierung von medizinischen, ökonomischen, legitimatorischen, Patienten- und Angehörigeninteressen lässt sich nicht mehr durch ein triviales Kalkül berechnen. Ähnliches gilt für andere, ständig im Krankenhaus wiederkehrende Themen wie dem Umgang mit sterbenden Patienten

²² Zum Begriff der Mikropolitik s. Ortman et al. (1997).

und den sogenannten „schwierigen Patienten“, die sich – aus welchen Gründen auch immer – nicht in die Stationsroutinen einspielen lassen. Wenn nun Entscheiden nicht mehr nur – wie in der Rational-Choice-Theorie vorausgesetzt – bedeuten kann, rational begründete Lösungen für ein Problem zu finden, sondern gerade darin besteht, diesbezügliche Rationalisierungslücken über andere Wege als die Vernunft zu schließen, dann kommt der Inszenierung von Entscheidungsautorität eine zentrale Bedeutung innerhalb des organisatorischen Geschehens zu, denn solche Unsicherheiten sind für eine medizinische Organisation nur dadurch absorbierbar, indem interne Strukturen aufgebaut werden, die ein routiniertes Handeln trotz dieser „Verstörungen“ ermöglichen. Hierzu kann auf verschiedene, funktional äquivalente Lösungen rekuriert werden, etwa indem man einen formalen Konsensus anstrebt und hierzu möglichst viele Parteien mit ins Boot holt, indem externe fachliche Berater zur Konsultation hinzugezogen werden, etc. Man kann im Zweifelsfall dem Patienten die Entscheidungsverantwortung übergeben, wengleich dieser in dem Prozess der Entscheidungsverhandlung nicht vorkommt. All diese Varianten liefern Bausteine, um je nach Bedarf eine Legitimationsbasis zu konstruieren, die dann sowohl nach innen wie in der Außen-darstellung trägt. Unter der Voraussetzung, dass medizinische Institutionen unter Bedingungen einer außerordentlich hohen Unsicherheit agieren und in der Behandlungspraxis mit einer hohen Rate des Scheiterns zu rechnen ist, gewinnen solche Formen eine wichtige Bedeutung für die Rekonstitution der organisatorischen und ärztlichen Identität. Die erfolgreiche Entscheidungsfindung darf deshalb nicht mehr nur im Sinne des *common sense*-Auftrags des Krankenhauses verstanden werden.

Makro-, Meso- und Mikroebene verschränken sich hier, ohne auf eine triviale Form ineinander überführt werden zu können. Die Dynamiken der ärztlichen Entscheidungsfindungen lassen sich weder durch die zweckrationalen Motive der einzelnen Akteure noch durch abstrakte systemtheoretische Beschreibungen erklären. Auch das Gegensatzpaar Lebenswelt vs. Systemrationalität erklärt das Geschehen nicht, denn hier steht nicht einfach eine kalte, abstrakte und menschlich unvermittelte Systemrationalität dem einzelnen Arzt gegenüber, der doch eigentlich ganz anders will. Vielmehr finden diese Rationalitäten auf der Mesoebene eine spezifische Ausgestaltung, in der ärztliche Entscheidungsprozesse als soziale Konstruktionen erscheinen, die in dem jeweiligen konjunktiven Erfahrungsraum verschiedener Stationen und medizinischer Kulturen

einerseits eine unterschiedliche Ausprägung erfahren, andererseits im Habitus der jeweiligen Akteure eine Verankerung finden, die diese jeweiligen „Lösungen“ zu stabilen Mustern werden lassen. Wenn wie im Beispiel von Herrn Schmidt-Bauer im Team Interaktionsmuster emergieren, die dazu führen, dass Informationen aus Angst vor Sanktionen zurückgehalten werden, gleichzeitig diese Zurückhaltung aber dazu führt, dass die untergeordneten Ärzte in Entscheidungsfragen als die „Dummen“ dastehen, dann reproduziert sich das Muster des allmächtigen Chefarztes eben auch dadurch, dass dieser seine Untergebenen als schweigend erlebt und dies als ein Zeichen dafür nehmen kann, dass seine Autorität nun noch mehr verlangt ist. Solche sich rekursiv bestätigenden Verhältnisse führen schließlich zu habituellen Verankerungen bei den ärztlichen Akteuren, die sich dem Sozialforscher dann als stabile Muster zeigen können. Der außenstehende Beobachter mag hier zwar unter der Brille zweckrationaler Motivunterstellungen Dysfunktionalitäten ausmachen. In den Rekonstruktionen erscheinen diese jedoch als Form der Kontingenzbewältigung, als spezifische Eigenleistungen der jeweiligen Organisationssysteme.

Die in der Organisation Krankenhaus beobachtbare Verschränkung unterschiedlicher Rationalitäten wirft zudem eine Reihe professionssoziologischer Fragen auf. Zum einen muss gefragt werden, ob das, was in der klassischen Professionalisierungstheorie und in der durch Oevermann (1996) revidierten Form als Kennzeichen ärztlicher Professionalität benannt wird, noch für den Arzt im modernen Krankenhaus gilt, oder ob nicht vielmehr Stichwehs Vermutung nachgegangen werden müsste, dass „manches dafür spricht, dass gerade Organisationen in ihrem internen Prozessieren die Grenzen zwischen Professionen auflösen, also der Verdacht eines Bedeutungsverlustes der Professionen durch den Hinweis auf Organisationen eher noch gestützt wird“ (Stichweh 1996: 50)?²³ Die Entscheidungsprozesse im Krankenhaus werden vielfach durch die überindividuellen organisatorischen Dynamiken geprägt. Der Klientelbezug verschwindet dabei hinter partikularen Dienstleistungsaufträgen, die im Sinne hochgradig arbeitsteilig organisierter Versorgungsprozesse vollzogen werden. Man müsste hier gar von Deprofessionalisierung sprechen,²⁴ und die

²³ Zum Wandel der ärztlichen Profession s. Hafferty (1993/1995).

²⁴ In Stichwehs Analyse stellen „Professionen ein Phänomen des Übergangs von der ständischen Gesellschaft des alten Europa zur funktional differenzierten Gesellschaft

klassische Professionalisierungstheorie hätte dann – so die These – einen auf bestimmte medizinische Felder eingeschränkten Geltungsbereich. Wenn die Leittypik ärztlichen Handelns nicht mehr zwischen der Spannung von *Klientelbezug vs. Medizinalität* aufgespannt, sondern durch das Paar *Ärztlichkeit vs. Organisation* bestimmt wird (wobei die Organisation sowohl eine administrativ-ökonomische wie eine mikropolitische Dimension aufweist), dann beschreibt Oevermanns professionsethische Rekonstruktion nur noch den Spezialfall von Behandlungsprozessen, die ohne die intensivere Einbeziehung des Patienten nicht laufen würden. Die gerade im Krankenhaus vielfach zu beobachtende Verkürzung der Patientenperspektive auf wenige Stereotypen, die dann entsprechend der organisationsüblichen Routinen bearbeitet werden können, würde in diesem Sinne nicht, wie Oevermann vermutet, eine „technokratische Regression“ darstellen (vgl. Oevermann 1990: 15), sondern entspräche vielmehr grundsätzlich der Rationalität der Arbeitsbewältigung moderner Organisationen. Die Spielräume ärztlicher Autonomie würden sich dann weniger im Feld der Arzt-Patient-Beziehung zeigen denn in der *trickiness* der Bewältigung fachlicher, organisatorischer und administrativer Interessen. Denn anders als in der individualmedizinischen Betreuung durch einen Arzt, den man persönlich kennt und dem man vertraut, etwa dem Hausarzt, tritt hier der Vollzug komplexer medizinischer Dienstleistungen durch Organisationen in den Vordergrund des Geschehens. Die diesbezügliche Unsicherheitsabsorption von Vertrauenslücken kann hier nicht mehr über persönliche Beziehungen laufen, stattdessen müsste sie auf andere Mechanismen zurückgreifen. In diesem Zusammenhang würde die Bedeutung der Zertifizierung von Einrichtungen im Gesundheitswesen nochmals in einem anderen Licht erscheinen – nämlich weniger als Qualitätssicherung denn als vertrauensbildende Maßnahme.

Literatur

- Atkinson, P., 1995: *Medical Talk and Medical Work*. London: Sage Publications Ltd.
- Baecker, D., 2000: *Organisation als Begriff*. Niklas Luhmann über die Grenzen des Entscheidens. *Lette International* 49: 97–101.
- Bateson, G., 1992: *Ökologie des Geistes: Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven*. 4. Aufl. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Berg, M., 1992: The construction of medical disposals. *Medical sociology and medical problem solving in clinical practice*. *Sociology of Health & Illness* 14 (2): 151–180.
- Bohnsack, R., 1998: Rekonstruktive Sozialforschung und der Grundbegriff des Orientierungsmusters. S. 105–121 in: D. Siefkes / P. Eulenhöfer / H. Stach / K. Städtler (Hrsg.), *Sozialgeschichte der Informatik. Kulturelle Praktiken und Orientierungen*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Bohnsack, R., 1999: *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung*. 3. Aufl., Opladen: Leske + Budrich.
- Bohnsack, R., 2001: *Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse. Grundprinzipien der dokumentarischen Methode*. S. 225–252 in: R. Bohnsack / I. Nentwig-Gesemann / A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*. Leske und Budrich: Opladen.
- Bourdieu, P., 2001: *Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bursztajn, H.J. / Feinbloom, R.I. / Hamm, R.M. / Brodsky, A., (1990): *Medical choices, medical chances: How patients, families, and physicians can cope with uncertainty*. Reprint with a new preface by Hillary Putnam. New York, London: Routledge.
- Cicourel, A.V., 1990: The Integration of Distributed Knowledge in Collaborative Medical Diagnosis. S. 221–241 in: J. Galegher / R.E. Kraut / C. Egido (Hrsg.), *Intellectual Teamwork: Social and Technological Foundations of Cooperative Work*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Ass. Publishers.
- Fox, R., 1969: Training for Uncertainty. S. 207–241 in: R.K. Merton / G.G. Reader / P.L. Kendall (Hrsg.), *The Student Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Cambridge, Massachusetts: Harvard Univ. Press.
- Glaser, B.G. / Strauss, A.L., 1965: *Awareness of dying*. Chicago: Aldine.
- Goffman, E., (1996): *Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. 4. Aufl., Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hafferty, F.W. / Light, D.W., 1995: Professional dynamics and the changing nature of medical work. *Journal of Health and Social Behavior (Extra Issue)*: 132–153.
- Hafferty, F.W. / McKinlay, J.B. (Hrsg.), 1993: *The Changing Medical Profession. An International Perspective*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Hermann, A., 2003: *Kommunikativer Umgang mit den Möglichkeiten und Grenzen maximal-invasiver medizinischer Behandlung von Knochen- und Weichgewebesarkomen auf einer chirurgischen Station einer onkologischen Spezialklinik*. Dissertationsprojekt (Manuskript), Freie Universität Berlin.
- Knoblauch, H., 2000: Frame Analysis. S. 171–176 in: D. Kaesler / L. Vogt (Hrsg.): *Hauptwerke der Soziologie*. Stuttgart: Kröner Verlag.
- Luhmann, N., 2000: *Organisation und Entscheidung*. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Mannheim, K., 1980: *Strukturen des Denkens*. Heraus-

der Moderne“ dar und hätten „vor allem darin ihre gesellschaftliche Bedeutung“ (Stichweh 1996: 50).

- gegeben von D. Kettler. / V. Meja / N. Stehr. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Nohl, A.-M. / Bohnsack, R., 2001: Jugendkulturen und Aktionismus - Eine rekonstruktive empirische Analyse am Beispiel des Breakdance. S. 17–37 in: H. Merkens / J. Zinnecker (Hrsg.), Jahrbuch Jugendforschung, Bd. 1. Opladen: Leske + Budrich.
- Oevermann, U., 1990: Klinische Soziologie. Konzeptualisierung, Begründung, Berufspraxis und Ausbildung. Manuskript (Download unter: <http://www.objektive-hermeneutik.de/Download.htm>).
- Oevermann, U., 1996: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. S. 70–182 in: A. Combe / W. Helsper (Hrsg.), Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Ortmann, G. / Sydow, J. / Türk, K. (Hrsg.), 1997: Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rohde, J.J., 1974: Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. 2. Aufl. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Stichweh, R., 1987: Professionen und Disziplinen – Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften. S. 210–275 in: K. Harney (Hrsg.): Professionalisierung der Erwachsenenbildung: Fallstudien, Materialien, Forschungsstrategien. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Stichweh, R., 1996: Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. S. 49–69 in: A. Combe / W. Helsper (Hrsg.), Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- 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 (ZBBS): 321–346.
- Wettreck, R., 1999: „Arzt sein – Mensch bleiben“. Eine qualitative Psychologie des Handelns und Erlebens in der modernen Medizin. Münster: LIT Verlag.
- Willems, H., 1997: Rahmen und Habitus. Zum theoretischen und methodischen Ansatz Erving Goffmans: Vergleichende, Anschlüsse und Anwendungen. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Summary: Decisions for or against medical procedures that are associated with a high risk or can have major life-changing consequences can be highly stressful for medical teams, particularly when it comes to assuming and delegating responsibility. This article presents a study which investigated the *modus operandi* of such decision-making processes with a view to establishing how they are created and which members of medical teams assume which tasks. Two selected case studies conducted in different types of hospital ward (surgery and internal medicine) are presented. The data were analysed using Bohnsack's documentary method, with the three stages "formulating interpretation," "reflecting interpretation," and "comparative analysis," complemented by some elements of Goffman's Frame Analysis. The results reveal that decision-making in critical medical situations is a complex social process which can only be understood against the backdrop of the systems dynamics of medical organizations, and in particular the reciprocal sounding out of other team members' expectations, the delegation and shifting of responsibilities, and the need for legitimation.